

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE DE LYON

Année scolaire 1932-1933 — N° 323

Contribution à l'Etude du Diagnostic
des Affections Chirurgicales
de la Gorge chez le Chien

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 Février 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

PAR

André PARLEBAS

Né le 1^{er} Mai 1911, à CHATEAUROUX (Indre)



LYON

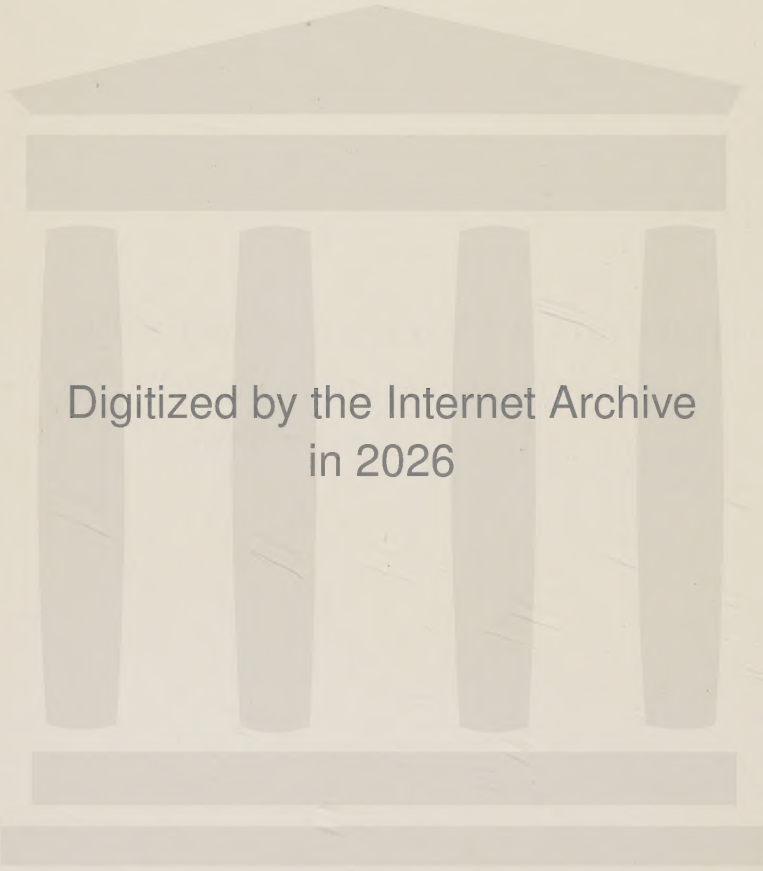
BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC
DES AFFECTIONS CHIRURGICALES
DE LA GORGE CHEZ LE CHIEN**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE DE LYON

Année scolaire 1932-1933 — N° 323

Contribution à l'Etude du Diagnostic des Affections Chirurgicales de la Gorge chez le Chien

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 Février 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

PAR

André PARLEBAS

Né le 1^{er} Mai 1911, à CHATEAUROUX (Indre)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1933

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON

Directeur..... M. V. BALL.
Directeur honoraire. M. F.-X. LESBRE.
Professeurs honoraires M. ALFRED FAURE, ancien Directeur.
M. CADÉAC.

PROFESSEURS

Physique et chimie médicale, Pharmacie, Toxicologie..	MM. TAPERNOUX
Botanique médicale et fourragère, Zoologie médicale, Parasitologie et Maladies parasitaires.....	MAROTEL
Anatomie descriptive des animaux domestiques, Téra- tologie, Extérieur	TAGAND JUNG BALL
Physiologie, Thérapeutique générale, Matière médicale Histologie et Embryologie, Anatomie pathologique. Pathologie médicale des Equidés et des Carnassiers, (Clinique, Sémiologie et Propédeutique, Jurispru- dence vétérinaire	AUGER
Pathologie chirurgicale des Equidés et des Carnas- siers, Clinique, Anatomie chirurgicale, Médecine opératoire	DOUVILLE
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire. Clinique, Médecine opératoire, Obstétrique.....	CUNY
Pathologie générale et Microbiologie, Maladies micro- biennes et police sanitaire, Clinique.....	BASSET LETARD
Hygiène et Agronomie, Zootechnie et Economie rurale. Industrie et contrôle des produits d'origine animale. Inspection des denrées alimentaires et des établis- sements classés soumis au contrôle vétérinaire...	X.

CHEFS DE TRAVAUX

MM. COLLET, JEAN-BLAIN, VUILLAUME.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président : M. le Dr VILLARD, Professeur à la Faculté de Médecine.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Assesseurs : M. DOUVILLE, Professeur à l'Ecole Vétérinaire
Chevalier de la Légion d'Honneur.

M. JUNG, Professeur à l'Ecole Vétérinaire.

La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

De la Faculté de Médecine de Lyon.

Nous lui exprimons toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DOUVILLE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous ne saurons jamais le remercier assez de son enseignement, de ses conseils et de la bienveillante sollicitude qu'il n'a cessé de nous témoigner. Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de notre infinie reconnaissance et de nos sentiments très dévoués.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JUNG

Témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

A MONSIEUR LE CHEF DE TRAVAUX COLLET

Qui fut pour nous un Maître et un Ami.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON

A MES CHEFS DE L'ÉCOLE MILITAIRE DE SAUMUR

AVANT-PROPOS

« Certains auteurs parlant de leurs ouvrages disent : Mon livre, mon commentaire, mon histoire.... » Ils sentent leurs bourgeois qui ont pignon sur rue et ont toujours un chez moi à la bouche. Ils feraient mieux de dire : « Notre livre, notre commentaire, notre histoire, vu que, d'ordinaire, il y a plus en cela du bien d'autrui que du leur. »

Cette pensée du grand Pascal retrouvée par hasard dans une lecture récente nous fit un peu l'effet, au moment de la rédaction de notre thèse de Doctorat Vétérinaire, de la conscience que Caïn rencontrait partout sur sa route. Mais plus courageux que le meurtrier d'Abel et dans une situation moins dramatique sans doute que la sienne, nous ne nous voilerons pas la face ni ne fuirons. Que notre thèse, et ce « notre » est dépouillé de toute vanité, soit l'occasion de remercier ici ceux qui nous ont beaucoup aidé, en particulier M. le Professeur Douville, qui nous en proposa le sujet et nous guida de son expérience, et tous ceux, professeurs, camarades, auteurs, dont les observations cliniques ont complété notre modeste bagage.

Car, comment après 4 années passées entre les murs d'une école, plus au milieu des cahiers et des livres

que devant les réactions de la matière vivante, pourrions-nous oser, nous jeunes praticiens, poser des affirmations absolues sur des questions que seule une longue expérience nous permettrait d'aborder avec fruit. Rien ne vaut l'observation personnelle pour se faire une opinion dira-t-on. Mais encore faut-il ajouter que l'observation directe n'a de valeur et ne peut aboutir à des résultats sérieux qu'autant qu'elle a pu être bien conduite. Il y a ici une question de méthode, qui est loin d'être négligeable, et comment s'acquiert-elle sinon par la pratique ? C'est en nageant que l'on apprend à nager, de même ce n'est qu'après un certain nombre d'échecs et de succès que l'on peut se sentir capable d'étudier avec sûreté les manifestations d'un fait pathologique.

Aussi notre expérience, encore bien jeune, a-t-elle besoin de prendre quelque appui solide sur d'autres qui ont déjà observé pour nous et consigné leurs remarques en des écrits. Notons toutefois que les observations passées, si solides et si minutieuses soient-elles ne constituent peut-être pas toujours une base absolument sûre et indiscutable pour l'avenir : car telle ou telle manifestation de la maladie peut être pour le pathologiste un fait unique que seul il a le privilège d'observer.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA GORGE CHEZ LE CHIEN

INTRODUCTION

Le sujet que nous avons abordé ici méritait-il qu'on s'y attachât, autrement dit le diagnostic des affections chirurgicales de la gorge chez le chien se pose-t-il et y a-t-il intérêt à ce qu'il soit discuté ou mis en valeur ?

Personnellement nous avons eu assez souvent à nous occuper de ce diagnostic : il nous est arrivé fréquemment d'hésiter, nous nous sommes parfois trompés, voire même nous sommes restés momentanément sans réponse.

Cette opinion personnelle ne serait sans doute pas un critérium suffisant, mais d'autres avant nous et plus notoires, ont signalé cette difficulté de diagnostic. C'est d'une relation de Petit, d'Alfort, que nous extrayons ces lignes : « Il est difficile du vivant des malades de préciser chez les animaux, comme du reste chez l'homme, le diagnostic des tumeurs du cou. Se trouve-t-on en présence d'un goître inflammatoire ou néoplasique, d'une tuméfaction ganglionnaire rétropharyngienne, d'une tumeur kystique, d'un cancer d'origine bran-

chiale? » Et de nombreux observateurs, tels Maja, Douville, Cuille et Sendrail, Auger, Cadiot notent également à l'occasion, et sans s'y attarder, le point délicat qu'est souvent le diagnostic. Sans insister davantage, nous dirons que la fréquence des affections chirurgicales de la région de la gorge chez le chien, se manifestant toujours sous la forme de tuméfactions ou de fistules, mérite qu'on s'attache à leur étude et nous répéterons après Antoine et Liégeois que « le diagnostic précis de ces diverses tuméfactions est des plus importants, car il dicte la conduite du chirurgien ».

Dans l'exposé qui va suivre, nous envisagerons d'abord les affections chirurgicales de la gorge du chien dans leur source et leur genèse; c'est-à-dire que nous étudierons l'anatomie schématique de la région, en y joignant les lésions possibles qui peuvent s'y greffer et ont été rencontrées. Notre deuxième partie sera l'exposé aussi détaillé et aussi systématique que possible des signes qu'on peut recueillir et qu'il faut rechercher dans ces affections chirurgicales en les rapportant chaque fois à la lésion correspondante. Enfin notre troisième partie essaiera d'être une synthèse : nous verrons s'il est possible, en partant de deux ou trois signes essentiels de rassembler les symptômes en divers faisceaux, de les classer et d'établir ainsi quelques têtes de ligne d'où le trajet serait assez bien aiguillé vers le diagnostic.

Hâtons-nous d'ajouter que des conclusions absolues ne s'imposeront peut-être pas et que pour ne pas déroger aux normes de toute la biologie un même phénomène pathologique est susceptible de revêtir des formes étonnamment variées selon les individus et les circonstances.

PREMIÈRE PARTIE

Anatomie topographique schématique de la région de la gorge

Nous n'insisterons pas outre mesure sur cette anatomie qui a fait l'objet d'études approfondies de la part d'auteurs plus qualifiés que nous-mêmes. Nous nous attacherons surtout à considérer le point de vue séméiologique.

Sous le nom de gorge on peut envisager selon nous l'ensemble des organes situés dans cette région charnière qu'est l'union de la tête et du cou, ou angle cervico-facial. C'est dire que la base en est constituée par l'os hyoïde, le larynx et le pharynx suivis des portions initiales de la trachée et de l'œsophage; ces organes forment en quelque sorte une armature centrale à l'ensemble, dont doivent faire partie, selon nous, les glandes parotides et sous maxillaires et les corps thyroïdes.

La forme est d'un demi-cylindre plus ou moins régulier prenant naissance dans l'espace intermaxillaire, flanqué de deux ailes entre le bord refoulé du maxillaire inférieur et l'atlas, et qu'on peut limiter en bas et en arrière vers le septième anneau trachéal approximativement.

En allant de dehors en dedans, de l'extérieur à l'armature centrale (que nous étudierons à part), l'on peut considérer trois plans anatomiques.

PREMIER PLAN. — Plan superficiel

Nous trouvons d'abord la *peau*, enveloppe externe protectrice. Ce tégument est ici assez mince, couvert de poils, dont l'abondance chez les chiens à fourrure épaisse et longue peut cacher parfois des lésions peu volumineuses ou au début de leur évolution. Cette peau est très élastique, doublée à sa face interne d'un tissu conjonctif lâche qui lui laisse une extrême mobilité et une indépendance presque totale vis-à-vis des tissus profonds. Elle permet le jeu le plus étendu des articulations intervertébrales et atloïdo-occipitale. Par contre, le tégument est fixé solidement en haut d'une part sur le crâne, d'autre part sur la région cervicale supérieure.

Une augmentation de volume des organes profonds, non inflammatoire, trouvera facilement un logement dans l'intérieur de cette enveloppe sans provoquer de douleur par tiraillement ou compression des terminaisons nerveuses cutanées. De même lors d'une inflammation aiguë d'un élément quelconque de la région, cette peau laissera avec la plus grande aisance les phénomènes d'œdème ou d'abcédation se produire.

Aussi quelles que soient les perturbations survenant au niveau de la gorge, en dehors des conduits centraux, de par les caractères de cette peau, fixe en haut, mobile

à souhait sous la gorge, la tendance générale sera vers la tuméfaction. Et cette tuméfaction sera de silhouette sphérique à peu près uniforme si le gonflement est considérable (hématome, grenouillette, phlegmon) d'aspect plus particulier et en relation plus étroite avec l'organe atteint si toutes les possibilités d'extension de la peau n'ont pas été mises à contribution par le phénomène pathologique (adénite, goître).

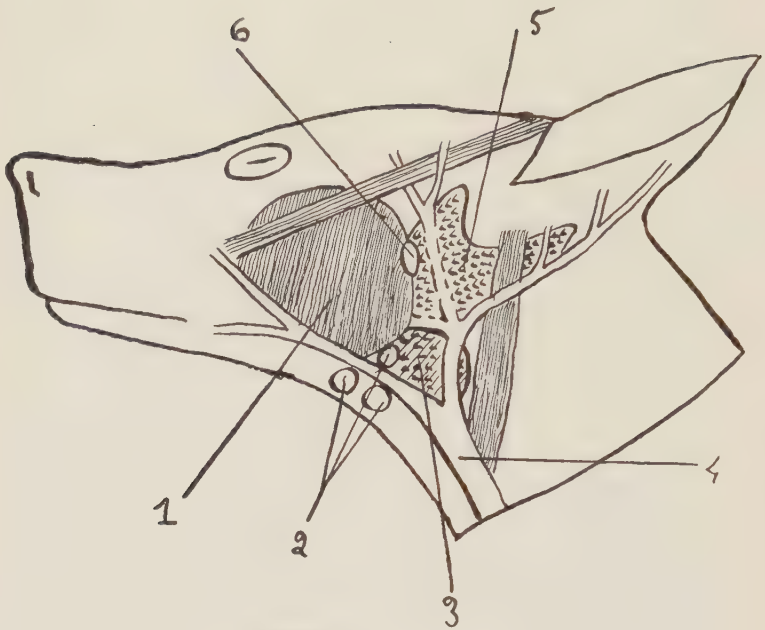
Sous la peau et le conjonctif, on trouve le *peaucier cervical*, sorte de sangle qui soutient et protège les plans profonds.

DEUXIÈME PLAN. — Plan moyen

Ce plan est glandulaire et vasculaire.

Il comprend :

a) LA GLANDE PAROTIDE. — Elle est séparée de la peau par le muscle abaisseur de l'oreille. D'assez petites dimensions si on la compare avec le même organe chez le cheval, et à peu près triangulaire, elle est assez bien limitée en haut par la base de la conque qui l'échancre, en avant par le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, et, en arrière, par l'ailé de l'atlas et la veine auriculaire postérieure. En bas elle répond à la glande sous maxillaire qu'elle recouvre d'ailleurs en partie. Sa face profonde est en rapport avec le muscle digastrique, l'artère carotide et ses collatérales et des filets des nerfs crâniens.



- 1. — Masséter.
- 2. — Ganglions maxillaires.
- 3. — Glande sous-maxillaire.
- 4. — Jugulaire et ses divisions.
- 5. — Glande parotide.
- 6. — Ganglion parotidien.

b) GLANDE SOUS MAXILLAIRE. — De forme à peu près arrondie, saillante, mais enrobée dans du tissu conjonctif, elle se loge immédiatement en arrière du maxillaire inférieur dans l'angle formé par les veines maxillaires externe et interne au moment de leur réunion qui donnera la jugulaire. Elle répond par sa face superficielle à la glande parotide en haut, au masséter et aux ganglions maxillaires en avant ; tandis que sa face profonde recouvre le digastrique en avant et en

arrière les parois du pharynx, le ganglion rétropharyngien, des artères et des nerfs.

c) **GANGLIONS LYMPHATIQUES.** — On en trouve de deux sortes dans ce plan : d'abord, le *ganglion parotidien* ou auriculaire ; de la grosseur d'un petit pois, il est situé sous l'arcade zygomatique et recouvert en partie par le bord antérieur de la parotide ; il a peu d'importance clinique.

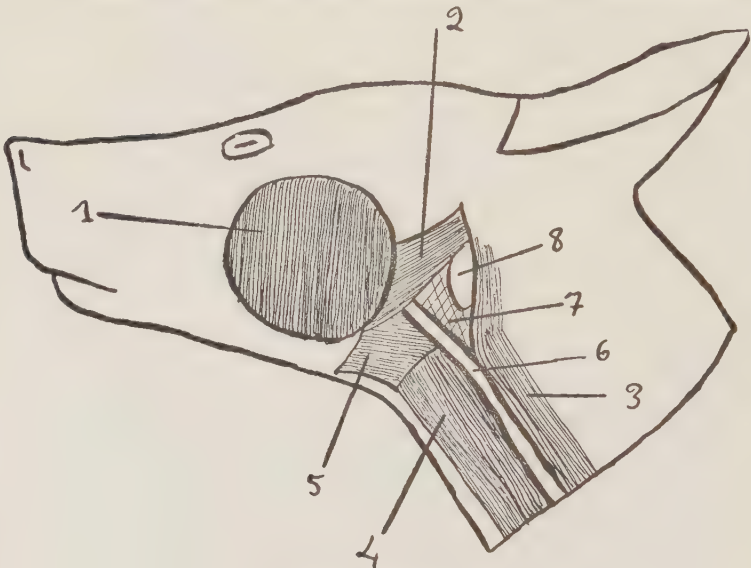
Puis les *ganglions sous maxillaires*, ou mieux maxillaires au nombre de deux ou trois, situés superficiellement sous le peaucier à l'union de la branche montante et de la branche droite du maxillaire inférieur ; ils se trouvent sur le trajet de la veine faciale un peu sur la face externe de l'os et en avant de la glande sous maxillaire. Ces ganglions reçoivent les lymphatiques des lèvres, des joues, du nez, de la langue ; des canaux afférents vont aux ganglions rétropharyngiens.

d) **RACINES DE LA JUGULAIRE EXTERNE, ET JUGULAIRE.** — La jugulaire est formée par la réunion à angle aigu de la veine maxillaire externe et de la maxillaire interne. La première née de plusieurs veines de la région de la joue longe la scissure maxillaire et suit le bord inférieur de la glande sous maxillaire avant de s'unir à la maxillaire interne. Celle-ci située d'abord entre la parotide et la glande sous maxillaire reçoit la veine auriculaire postérieure (à trajet rétro-parotidien) et la veine temporale superficielle (à trajet parotidien) réunies, et suit à peu près le bord postérieur de la glande sous maxillaire avant de participer à son tour à la formation de la veine jugulaire. Quant à la jugulaire

ainsi formée, elle se loge dans la gouttière du même nom le long de la trachée, et parallèlement à l'artère carotide et au tronc vago-sympathique.

TROISIÈME PLAN. — Plan profond

Ce plan est musculaire et vasculo-nerveux. Il a la forme d'un triangle à sommet supérieur dont le bord antérieur est constitué par le muscle digastrique (ou mieux abaisseur de l'oreille car il n'est formé ici que d'un seul corps) et le bord postérieur par la terminaison



- 1. — Muscle masséter.
- 2. — — digastrique.
- 3. — — mastoïdo-huméral.
- 4. — — sterno-hyôïdien.
- 5. — — thyro-pharyngien.
- 6. — Artère carotide.
- 7. — Parois du pharynx.
- 8. — Ganglion rétro-pharyngien.

du muscle mastoïdo-huméral, tandis que le troisième côté est formé par les muscles thyro-pharyngien et sterno et hyothyroïdiens. Au niveau du bord postérieur du triangle est logé le *ganglion rétropharyngien*. Ce ganglion, fusiforme, du volume d'un gros haricot, est situé profondément sur les parois latérale et postérieure du pharynx et recouvert en partie par l'aile de l'atlas. Sa face externe répond d'autre part en arrière aux muscles sternocéphalique et mastoïdo-huméral, en avant à la glande sous-maxillaire avec laquelle la confusion est possible. Ce ganglion reçoit des vaisseaux lymphatiques du crâne, de l'oreille externe, des cavités nasales, du pharynx, du larynx, des glandes salivaires, du corps thyroïde et des autres ganglions.

L'*artère carotide* traverse obliquement le triangle de bas en haut et d'arrière en avant, ayant pour satellite la veine jugulaire interne, tandis que vers le bas du triangle le tronc vago-sympathique vient également s'accoler à elle.

Les organes qu'on vient de décrire ne forment pas un plan continu et leur interstice est comblé par les parois du pharynx et les branches vasculaires et nerveuses qu'elles supportent.

Armature centrale

Celle-ci est située sur le plan médian du corps. Elle se compose de deux conduits superposés, le supérieur englobant en partie l'inférieur, portés par les branches thyroïdiennes de l'os hyoïde. D'abord le *pharynx*, con-

duit à peu près exclusivement musculaire où s'ouvrent d'une part la cavité buccale, d'autre part les cavités nasales en haut et le larynx en bas, et qui se continue en arrière par l'œsophage. En dessous, le *larynx* prolongé par la trachée, constitue ainsi que celle-ci un tube semi-rigide, présentant une série de pièces cartilagineuses réunies et mobilisées par des membranes et des muscles.

Le larynx est explorable du dehors en avant de la gorge ; seuls les muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien, le peaucier et la peau le séparent là de l'extérieur. La palpation indique d'avant en arrière : le prolongement lingual et le corps de l'hyoïde, le corps du cartilage thyoïde puis la portion rétrécie du cricoïde. Notons que sur les parois du pharynx et du larynx rampent ou se terminent d'une part des collatérales de la carotide, d'autre part des nerfs crâniens : glosso-pharyngien, pneumogastrique et grand hypoglosse.

Nous ne serions pas complet si nous ne faisons une description sommaire des deux *glandes thyroïdes*. De la forme d'un ellipsoïde aplati, elles sont appliquées sur les côtés de la trachée immédiatement en arrière du larynx et jusqu'au septième anneau trachéal. Elles sont souvent accompagnées de petites glandes thyroïdes accessoires. On trouve également, mais de façon constante cette fois, deux glandes parathyroïdes de chaque côté. Et on peut enfin signaler la présence en dessous et en avant de la glande thyroïde, d'un tout petit ganglion qui n'est d'ailleurs pas toujours retrouvé.

De l'étude anatomique, on peut tirer quelques remarques au point de vue de la symptomatologie : la tumé-

faction, que nous envisagions au début comme le fait clinique essentiel des affections chirurgicales de la gorge, ne retentira guère sur les vaisseaux et les nerfs de la région malgré la richesse de la gorge en ces éléments. Artères et nerfs, en effet, repoussés du dehors trouveront facilement à se loger ou même s'incruster dans les parois relativement souples des conduits internes. Par contre, les portions initiales des tube digestif et respiratoire pourront être sérieusement comprimées. En sorte que ces conduits verront en général leur fonctionnement succomber devant la lésion, avant que les vaisseaux et nerfs ne soient gravement atteints. Toutefois, dans certains cas de néoplasmes on peut voir des éléments vasculo-nerveux englobés dans la masse en prolifération et subir ainsi, seuls, une compression importante.

LÉSIONS. — Après ce coup d'œil sur l'anatomie, nous sommes naturellement conduits à envisager les conséquences anatomo-pathologiques auxquelles elle peut donner lieu. Nous allons passer en revue les lésions qui ont été observées.

Du côté de la peau on peut recontrer là comme sur le reste du corps des tumeurs bénignes ou malignes, issues du derme ; mais de telles tumeurs n'ont pas été, à notre connaissance, signalées plus particulièrement dans cette région.

Le tissu conjonctif très abondant dans tous les plans de la gorge, voit facilement ses mailles se dilacérer lors d'une contusion, s'accompagnant d'une hémorragie sous-cutanée : il se forme alors une collection séro-sanguine ou hématome que la fréquence des trauma-

tismes en cette région fait assez souvent rencontrer. Le traumatisme avec plaie et apport de germes, soit par l'extérieur, soit par voie interne (corps étrangers du pharynx) a pour conséquence l'abcès ou le phlegmon selon l'intensité de l'infection locale. La parotide et la glande sous-maxillaire sont parfois le siège de phénomènes inflammatoires pouvant aller jusqu'à la suppuration : parotidites et maxillites. Ou bien une étiologie discutée fait évoluer à partir de la glande sous-maxillaire ou d'éléments erratiques des glandes sublinguales, le kyste sus-hyoïdien ou grenouillette.

Du côté des ganglions lymphatiques, notamment des rétropharyngiens, on a trouvé les lésions les plus diverses : adénite banale, abcès ganglionnaire primitif ou secondaire (angine phlegmoneuse), abcès froids tuberculeux, tumeurs métastatiques. Les glandes thyroïdes et les thyroïdes accessoires donnent lieu, elles aussi, à des lésions multiples depuis la congestion simple, la thyroïdite, le goître jusqu'aux tumeurs les plus variées. Les parathyroïdes sont aussi parfois le point de départ de néoplasmes. Les vaisseaux ne restent pas obligatoirement indemnes et l'anévrysme a été rencontré.

Nous avons laissé délibérément de côté les plaies en tant que telles, qui peuvent, bien entendu, s'accompagner de lésions des différents organes.

Aussi ne nous reste-t-il plus guère qu'à faire appel à quelques données embryologiques (lignes de suture de l'embryon et sillons branchiaux), pour signaler les inclusions ectodermiques possibles et les troubles dont elles peuvent se compliquer : le kyste branchial d'une part et d'autre part le cancer d'origine branchiale.

Les fistules de la gorge sont assez fréquentes ; mais, fistules congénitales et fistules glandulaires accidentelles mises à part (et elles sont très rares), on doit presque toujours les rapporter à des tuméfactions actuelles ou antérieures (corps étrangers, abcès ganglionnaire, tuberculose). En sorte que nous les envisagerons comme une des manifestations symptomatiques des tuméfactions. De même les ulcères cutanés de la gorge s'apparentent aux fistules ou à un cancer.

Ainsi la pathologie chirurgicale de la gorge apparaît déjà complexe. Cependant il est possible, et même probable, qu'une recherche longue et minutieuse des lésions de la gorge chez le chien permettrait de compléter la liste rapide que nous venons d'établir. Diverses tumeurs bénignes (angiomes, lipomes, fibromes), des cas de tuberculose des différents organes, d'assez nombreuses malformations congénitales décrits chez l'homme doivent exister aussi en médecine canine.

Cette complexité anatomo-pathologique commande donc un examen attentif des malades, en vue d'établir un diagnostic sûr, d'où dépendront pour une bonne part le pronostic et le traitement. Car s'il faut se contenter d'ouvrir largement l'hématome, la grenouillette nécessitera une excision totale de sa muqueuse, et l'anévrysme dictera un traitement spécial ou l'abstention. Alors que l'abcès banal appellera toutefois une ponction rapide, la parotidite ou la thyroïdite seront l'objet d'un simple traitement médical et hygiénique, et l'abcès tuberculeux de mesures prophylactiques. L'on pourra donner pour le goître banal un pronostic plutôt favorable, mais le cancer thyroïdien ou le can-

cer d'origine branchiale appelleront des réserves même pour l'avenir immédiat des malades.

D'où la nécessité d'établir un diagnostic précis : l'examen séméiologique complet du sujet, aidé du raisonnement permettront d'aboutir à ce résultat.

DEUXIÈME PARTIE

Seméiologie de la région de la gorge

Nous avons vu de quels éléments était constituée la gorge du chien ; il importe, avant de rechercher les modifications pathologiques dont la clinique peut avoir à s'occuper, de résumer rapidement comment apparaîtrait à nos sens cette gorge normale et saine.

La gorge est nettement et régulièrement dessinée. Vue de face, elle est symétrique et arrondie ; plus étroite en avant et en bas, elle s'élargit dans sa partie postéro-supérieure. De profil, une ligne légèrement concave prolongeant le contour inférieur de la tête et se continuant par le bord antérieur du cou la limite en avant.

La palpation ne provoque pas de douleur, mais si on exerce une pression assez forte et prolongée de chaque côté du larynx, on peut déclancher de la toux. La main perçoit facilement le bord postérieur du maxillaire inférieur, le bord antérieur de l'aile de l'atlas recouvert de muscles et les contours nets et semi-rigides du larynx et de la trachée. Le long de cette trachée, latéralement, le doigt décèle les deux corps thyroïdes qui tout à coup fuient sous le doigt. On sent assez bien

en arrière du maxillaire la glande sous-maxillaire, précédée des ganglions du même nom, et surmontée de la parotide; en arrière de la glande maxillaire et se prolongeant sous l'aile de l'atlas, le ganglion rétropharyngien est assez facilement explorable.

Le jeu de la tête sur le cou est des plus libres dans tous les sens; par extension de la tête on fait saillir la région laryngée. Les fonctions respiratoire et circulatoire ne se manifestent pas au dehors à moins que le sujet ait fait un exercice violent ou que la chaleur ambiante le gêne; la déglutition s'accomplit par le jeu de quelques muscles tout à la satisfaction du sujet.

Chez le chien à tuméfaction de la gorge des symptômes généraux, fonctionnels et locaux viennent modifier les dispositions naturelles. Avant de les étudier en détail, passons à d'autres éléments de diagnostic : renseignements généraux sur l'animal.

A. — Renseignements généraux, commémoratifs

Tout en examinant le sujet, le vétérinaire s'informe .

1° AGE DU SUJET, SON MODE DE VIE

Le praticien demande ou vérifie l'âge du chien malade, âge qu'il n'est pas toujours facile de déterminer exactement par soi-même, du fait de l'irrégularité de l'usure dentaire, ou de l'indocilité de l'animal.

Si certaines affections chirurgicales de la gorge appa-

raissent à toute époque de la vie (hématome, abcès, grenouillette, anévrysme, foyer tuberculeux) d'autres sont plus spéciales aux jeunes (parotidite, thyroïdite, corps étrangers), et d'autres sont au contraire l'apanage de sujets déjà âgés ; on peut, en effet, considérer qu'il y a chez le chien, comme chez l'homme, un âge du cancer, débutant ici vers 4 ou 5 ans, et ces lignes de Poncet peuvent fort bien se transposer en vétérinaire : « Toute tumeur thyroïdienne qui apparaît chez un individu âgé de plus de 50 ans est probablement un cancer. » De même, croyons-nous, nous pouvons faire nôtres ces mots de Kocher : « Tout goître, qui, chez un adulte, se met à grossir sans raison, ou à déterminer des troubles, est suspect de malignité, s'il n'y a ni inflammation, ni hémorragie pour expliquer cette transformation. »

Des renseignements intéressants pourront être recueillis sur la façon de vivre du chien, sur son mode d'attache ; si le chien est glouton, avale rapidement n'importe quoi, on pourra penser qu'à la base de la tuméfaction en cause, il y a un corps étranger du pharynx ou du début de l'œsophage (esquille osseuse, arête de poisson, corps métallique) ; il est intéressant à ce propos de se reporter à une observation de Cadiot que nous reproduisons plus loin. Un collier « étrangleur », les barreaux d'un chenil dont l'espace intermédiaire est à peine de la largeur de la tête, sont souvent à l'origine de traumatismes (contusions qui se compliquent d'abcès, d'hématomes, d'anévrysmes même) ou seulement d'irritations répétées qui ne sont pas étrangères à la formation d'abcès froids profonds,

et peut-être au développement de tumeurs malignes. Nous avons également observé l'évolution d'un abcès ayant pour point de départ un des corps thyroïdes chez un chien qu'un de ses congénères, en jouant, mordait habituellement et fréquemment à ce niveau.

Faut-il tenir compte du sexe de l'animal? Il est possible que là, comme en médecine humaine, on puisse trouver les épithéliomas branchiaux surtout et presque exclusivement dans le sexe mâle et qu'au contraire le goître exophtalmique se rencontre surtout chez les femelles. V. Ball et Rigollot ont cette opinion en ce qui concerne la maladie de Basedow, et d'autre part les observations qu'ont pu relater de nombreux auteurs nous incitent à penser que le cancer branchial est relativement plus fréquent chez les chiens.

2° EVOLUTION DE LA TUMÉFACTION

Quand la tuméfaction est-elle apparue?

Comment se présentait-elle au début? Y a-t-il eu des modifications dans l'habitus du sujet?

La lésion peut dater de la veille, être apparue à peu près subitement à la suite d'un coup : il faut penser alors à une collection séro-sanguine. Ou bien une petite nodosité s'est montrée il y a quelques jours, dont le volume s'est depuis lors accru progressivement, en même temps que des modifications survenaient dans l'état général du malade : une inflammation est probablement en cause. Ou bien encore la tuméfaction est installée depuis des mois sans que le sujet ait manifesté de gêne ou de souffrance ; il peut s'agir d'un kyste salivaire, d'une tumeur bénigne. D'autres fois

la tuméfaction s'est aussi établie progressivement sans déterminer de gêne apparente, mais à mesure que la déformation s'accroissait, l'animal s'est amaigri, son appétit est devenu capricieux ; le moindre exercice détermine de l'essoufflement ; en même temps une petite plaie s'est faite localement par où suinte de la sérosité ou du pus. Il faut alors incriminer une tumeur maligne, peut-être en voie de généralisation, ou encore la tuberculose.

Mais il n'y a rien d'absolu dans la durée de cette évolution ; il est des tumeurs très malignes (sarcome globo-cellulaire du corps thyroïde, décrit par Cuille et Sandrail) qui évoluent en quelques jours, et l'on observe également des abcès froids pseudo-tumoraux dont la maturité est relativement très lente.

Il convient aussi de retenir si la tuméfaction en cause n'a pas été précédée d'autres tuméfactions : celles-ci peuvent avoir siégé au même endroit (kyste ponctionné et reformé) ou dans le voisinage (abcès froids tuberculeux successifs). L'aspect de ces tuméfactions antérieures était-il le même qu'aujourd'hui ? Une intervention a-t-elle été pratiquée par un confrère ? Autant de renseignements qu'il est toujours bon de recueillir. Il a pu s'agir d'un abcès qui a été ouvert et a fait place par la suite à une cavité pseudo-kystique, fait de l'organisation d'une fausse muqueuse.

Parfois le propriétaire du sujet indique que la tuméfaction augmentait par moments de volume, puis retrouvait sa capacité primitive ; l'explication peut en être trouvée, comme l'occasion nous en arriva, dans une ouverture dissimulée et intermittente donnant issue au liquide d'une poche kystique.

Nous avons envisagé ci-dessus le cas le plus fréquent, où la tuméfaction avait déterminé des symptômes locaux, fonctionnels ou généraux susceptibles d'inquiéter le propriétaire du sujet, soit par leur persistance, soit par leur intensité. La lésion est alors, si l'on peut dire, à sa phase d'état. Mais il arrive aussi que des maîtres attentifs et soucieux de la santé de leur chien viennent consulter le vétérinaire dès les premiers signes d'une déformation de la région, c'est-à-dire à la phase de début ; ce sont souvent les cas les plus difficiles, où l'expectative doit suppléer au manque d'histoire clinique, où il faut attendre la suite de l'évolution avant d'énoncer un diagnostic.

B. — Symptômes

1° SYMPTÔMES GÉNÉRAUX

Affection chirurgicale de la gorge ne veut pas dire affection exclusivement locale. Au contraire, nous avons envisagé ces affections aussi bien comme des entités morbides tout à fait individualisées, que comme symptômes secondaires d'une affection générale ou dont le siège principal est ailleurs, ou encore comme symptômes essentiels de maladies qui en comportent également d'autres. Aussi l'examen de l'état général s'impose-t-il souvent. Cet état général pourra rester celui du chien normal et sain : ainsi lors d'hématome, d'adénopathie banale, de kyste, de goître simple peu développé.

Ou bien le sujet a toutes les apparences d'un animal qui souffre, son moral autant que son état physiologique est touché : tristesse, démarche hésitante, recherche des coins tranquilles, appétit capricieux. La gorge tuméfiée est alors le siège d'une inflammation aiguë : parotidite, thyroïdite, corps étrangers, abcès, adéno-phlegmon. Dans ces cas, les modifications de l'état général seront en relation étroite avec la sensibilité des individus : ces mêmes lésions qui affecteront gravement les jeunes chiens, notamment les chiens de chasse et les chiens de luxe, seront souvent sans effet appréciable sur des sujets plus âgés et moins affaiblis.

Il est toutefois un signe que le sujet résistant ne dissimulera pas, et ce signe est donné par la prise de la température. Rarement la fièvre fait défaut dans les cas d'inflammation : soit qu'il y ait une légère infection générale (oreillons), soit qu'il y ait toxi-infection locale et en particulier formation et rétention de pus. L'on est souvent surpris, d'ailleurs, de trouver dans des cas d'abcès bien limités, sans œdème envahissant, des températures dépassant 40° (adéno-phlegmons, abcès par corps étrangers).

On peut observer au niveau des muqueuses une anémie accusée qui pourra se rapporter à cette affection du sang, d'ailleurs assez mal connue qu'on appelle leucémie lymphoïde, ou à la tuberculose.

Enfin, fréquemment la tuméfaction de la gorge s'accompagne d'un amaigrissement accusé allant jusqu'à la cachexie : il y a émaciation des muscles du dos, de la face, saillie des os, la peau est sèche, le poil piqué ; les yeux restent brillants, le malade continue à mar-

cher, parfois à manger normalement. Il n'y a plus alors simplement souffrance, mais trouble grave de la nutrition. Des modifications pathologiques peuvent apparaître en même temps du côté des fonctions respiratoire et circulatoire. Les autres symptômes permettront alors de conclure si c'est à la tuberculose ou à un cancer que l'on a affaire. Notons que dans ces cas on peut avoir aussi des surprises du côté du thermomètre : la température peut voisiner 40°. Les symptômes généraux ne doivent pas céder le pas devant les signes locaux : la tuméfaction peut s'accompagner d'une affection tout à fait indépendante, cause de l'hyperthermie. Au praticien de savoir établir cette discrimination par la recherche d'autres éléments de diagnostic.

2° SYMPTÔMES FONCTIONNELS

Ils sont d'ordre variable et peuvent se rapporter aux différents systèmes de l'économie. Mais comme nous l'avons laissé entrevoir en étudiant l'anatomie, c'est surtout du côté des premières voies respiratoires et digestives que l'on pourra enregistrer des troubles dus au seul fait qu'il y a tuméfaction locale. Des modifications dans le fonctionnement des systèmes circulatoire et nerveux, si elles impliquent les mêmes causes, pourront aussi être en relation avec un mécanisme d'ordre plus général où il faudra tenir compte de la nature même de la tuméfaction.

Localement donc, trois éléments interviennent : la douleur, l'œdème, la compression. Les deux premiers se retrouvent dans toutes les inflammations aiguës,

quels que soient les tissus ou l'organe atteints. La douleur influe surtout sur le jeu de certains muscles au moment de la déglutition : d'où dysphagie, voire anorexie totale. C'est également la douleur, ou plutôt l'irritation locale, qui se traduit par de la toux, des éternuements, comme cela se constate dans la parotidite. En même temps qu'à la douleur locale, les inflammations donnent lieu souvent à un œdème important qui peut envahir et infiltrer les sous-muqueuses laryngées et trachéales : d'où obstruction partielle des premières voies respiratoires, dyspnée pouvant aller jusqu'à des phénomènes asphyxiques. Enfin la compression exercera son action sur la respiration et la déglutition à la fois, tantôt par le simple fait de la pesanteur (goître), tantôt parce que les tissus néoplasiques prolifèrent, enserrant le pharynx et le larynx et déterminent ainsi une diminution du calibre de ces conduits ou un obstacle à leur dilatation fonctionnelle éventuelle (cancers divers). Si alors des troubles ne sont pas très accentués au repos, après un temps d'exercice plus ou moins long on enregistrera des suffocations. Quant à la déglutition, c'est surtout vis-à-vis des solides qu'elle apparaîtra alors difficile.

La compression se fera sentir également du côté des vaisseaux et des nerfs. Elle s'exercera particulièrement sur les veines jugulaires assez facilement dépressibles, à peu près dans les mêmes conditions que celles vues plus haut. Il arrive aussi que dans les inflammations chroniques, tuberculeuses ou non, ces veines soient englobées dans du tissu fibro-lardacé ; et enfin le plus souvent la compression se fera en région basse, au

niveau de la gouttière jugulaire, par une lésion volumineuse des glandes thyroïdes. Les troubles enregistrés sont de la congestion passive des muqueuses oculaire et buccale, de l'œdème de la langue, en un mot un ralentissement de la circulation de retour.

Cette compression devrait agir de même sur la carotide et le tronc nerveux vago-sympathique ; mais ces éléments résistent beaucoup mieux à l'action mécanique, la carotide par sa paroi relativement rigide et par la pression sanguine, les nerfs à cause de la densité de leurs tissus. Tout au plus observe-t-on parfois quelques troubles du côté du cœur par action sur le pneumogastrique : ainsi la tachycardie qui se rencontre dans le goître simple. Notons d'ailleurs qu'il est assez difficile de se rendre compte du côté du cœur, du poumon ou des organes abdominaux, des troubles qui peuvent résulter de la compression nerveuse, vu que d'autres influences ont déjà pu alors modifier la façon de se comporter de ces organes (tuberculose viscérale, noyaux cancéreux métastatiques).

D'autre part, des symptômes nerveux et vasculaires s'enregistrent de temps en temps, en dehors d'une compression importante, symptômes d'origine endocrinienne probablement, tels apparaissent les tremblements, la tachycardie et l'exophtalmie de la maladie de Basedow, ou goître exophtalmique.

Du côté du système locomoteur, des signes spéciaux sont parfois à noter : les mouvements de la tête sur le cou sont rendus douloureux par les inflammations de la gorge et le sujet les évite, et, bien que le balancier cervical n'ait pas chez le chien la même

importance que chez le cheval, il en résulte cependant une certaine raideur dans la démarche. Parfois aussi une tuméfaction volumineuse quoique non douloureuse fait tenir la tête en extension continuelle, le chien soulage ainsi les organes que la lésion comprimerait si la tête était normalement portée (kyste volumineux, goître).

Avant de passer à l'examen des symptômes locaux, citons quelques cas où les tuméfactions de la gorge s'accompagnent d'autres symptômes locaux à distance ; ainsi l'adénite rétropharyngienne peut coexister avec des adénites de la plupart des ganglions explorables ; il faudra incriminer la lymphadénie ou une tuberculose ganglionnaire généralisée, et ne pas attacher d'importance particulière à cette lésion de la gorge. D'autres fois une adénopathie cervicale ou maxillaire n'est qu'un signe secondaire de cette affection des jeunes chiens que Cadiot et Breton dénomment cancroïde labial, ou encore d'une lésion inflammatoire ou cancéreuse située dans une partie quelconque de la tête. Signalons aussi que la grenouillette sus-hyoïdienne s'accompagne très souvent d'une grenouillette sublinguale visible à l'ouverture de la bouche.

3° SYMPTÔMES LOCAUX

Ce sont de beaucoup les plus importants, on les enregistre par l'inspection et la palpation.

Inspection. — L'œil examine d'abord l'état de la peau au niveau de la lésion. Cette peau peut être saine ; c'est ce qu'on observe le plus souvent (kyste,

anévrysme, cancer à son début, abcès en formation). Ou bien elle est le siège d'un suintement qui agglutine les poils : un abcès est sur le point de s'ouvrir au dehors. D'autres fois le tégument est seulement exco-rié, quelques poils sont enlevés, des petites hémorra-gies sous-cutanées peuvent former des traînées noi-râtres : il y a contusion et formation sous la peau d'un hématome ou peut-être d'un abcès. Enfin, le cas assez souvent rencontré est celui d'une plaie ulcéreuse au niveau de laquelle suinte du pus ou de la sérosité ; ces excré-tions seront étudiées en détail plus loin. Cet ulcère se caractérise par une perte de substance cuta-née en général petite, plaie à bords irréguliers, déchiquetés, épaissis en certains points, amincis en d'au-tres ; cette plaie dure souvent depuis un certain temps déjà et semble rebelle à la cicatrisation. Presque tou-jours l'ulcère présente l'orifice d'une fistule ; si l'on introduit une sonde en plomb au centre de la plaie, on découvre un fin pertuis par lequel l'instrument pénètre dans un trajet variable. La sonde s'arrête sur un plan plus ou moins résistant formé par du tissu fibro-lardacé réactionnel (inflammation chronique, notamment d'origine tuberculeuse) ou sur un tissu en voie de désagrégation d'où la sonde est retirée porteuse de débris caséeux et fétides (cancer ulcéré).

Ces fistules sont souvent rencontrées et doivent tou-jours donner l'éveil sur la présence possible de bacille de Koch. Mais elles sont quelquefois dues à un corps étranger qui s'est éliminé par un abcès et a laissé une fistule purulente, ou à un abcès purement infectieux

qui a fistulisé un ganglion ou encore à la ponction d'un kyste qui s'est compliquée d'infection externe.

Après l'examen de la peau, le vétérinaire considère les dimensions de la tuméfaction, son unicité ou sa pluralité, sa situation, sa disposition générale.

Une tuméfaction double, bilatérale, symétrique, logée immédiatement en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur et en dessous de la base de l'oreille externe est l'indice probable d'une parotidite infectieuse dite encore « oreillons » ; en même temps on observe souvent une tuméfaction également double et symétrique mais beaucoup moins volumineuse et plus inférieure constituée par de l'adénite maxillaire.

Une tuméfaction double, bilatérale, symétrique, d'un volume pouvant atteindre celui d'un œuf de poule, pendante, située en arrière et en bas de la parotide doit faire penser à une adénite rétropharyngienne.

Une tuméfaction double, bilatérale, symétrique, volumineuse descendant bas sur la face antérieure du cou, mobile quand l'animal se déplace, indique souvent un goître banal (charnu ou kystique).

Sorte de poche unique, en situation latérale ou médiane, semblant comme appendue dans l'espace intermaxillaire ou au niveau de l'une des branches de l'os maxillaire, du volume d'une mandarine à celui de deux poings, présentant des sortes d'oscillations pendant la marche, tels apparaissent le kyste branchial ou salivaire et la poche de pus terminant un abcès. C'est à peu près la même apparence que présentent l'héma-

tome et l'anévrysme, mais la tuméfaction est plus étalée, moins bombée.

Une tuméfaction d'allure irrégulière, formée de plusieurs nodules ou d'une masse compacte et diffuse, répartie tout autour de la gorge et sur la face antérieure du cou, implique un épithélioma d'origine branchiale ou une tumeur maligne du corps thyroïde, ou de ses accessoires.

Palpation. — Avec l'inspection vient collaborer l'exploration manuelle. Le doigt exercé nous renseigne d'abord sur l'élément chaleur; s'il y a hyperthermie locale, c'est qu'on a affaire à une inflammation aiguë de la région, ou à un anévrysme, ou encore à certaines lésions très irriguées comme le goître vasculaire. Puis par le fait même que l'on palpe la tuméfaction, les réactions de l'animal nous font apprécier la sensibilité de la lésion : en principe, toute inflammation aiguë est douloureuse, mais la douleur est proportionnelle au tiraillement des terminaisons nerveuses sensibles de la peau; ainsi la parotidite sera relativement plus douloureuse que la thyroïdite. Si l'adénite aiguë est sensible, l'adénopathie par inflammation chronique ou par cancer l'est à peine ou pas du tout. Les goîtres, les tumeurs thyroïdiennes ou branchiales, les kystes sont complètement indolents. L'abcès tuberculeux ou le cancer ulcéré présentent aussi une sensibilité à peu près nulle. La douleur est au contraire des plus vives dans le cas de corps étrangers du pharynx.

En troisième lieu, il convient d'examiner la consistance de la tuméfaction. Elle peut être fluctuante dans toute son étendue et donner la sensation d'une poche

de liquide : hématome, anévrysme, grenouillette, kyste branchial ou de la glande thyroïde. A cette fluctuation totale peut s'ajouter une diminution de volume à la pression (anévrysme) ou de la crépitation sanguine (hématome) ; ou bien la fluctuation n'est que partielle, localisée au centre de la tuméfaction, et la zone fluctuante se montre entourée d'un fort bourrelet périphérique, l'abcès simple ou l'abcédation d'un organe enflammé sont alors en cause. D'autres fois, on a simplement l'impression de sérosité imprégnant le tissu conjonctif, autrement dit d'œdème : ainsi apparaissent les inflammations simples ou dans la phase précédant une collection purulente. Il se peut aussi qu'on décèle simplement de la rénitence, c'est ce qui est constaté dans les tumeurs molles (sarcomes) et dans certaines adénopathies. Enfin on rencontre des tuméfactions donnant la sensation d'un tissu dense, dur, voire cartilagineux ou osseux : épithélioma branchial, ostéo-épithéliome thyroïdien.

Ensuite l'examen se poursuit par la détermination de la situation anatomique de la lésion, de ses rapports avec les autres organes et de ses caractères propres. La palpation complétera les renseignements déjà obtenus par l'inspection.

Il est facile d'après les données anatomiques du début, de préciser quel est l'organe atteint quand la lésion n'est que la traduction d'une hypertrophie d'organe. Mais, le plus souvent, l'œdème déforme l'élément malade, ou bien on a affaire à une lésion surajoutée aux organes déjà existants et qui amène des perturbations profondes dans l'ordre établi. Il importe

toutefois de rechercher les organes avoisinants pour connaître quels sont les éléments restés sains et quels sont par élimination ceux qui peuvent être tenus pour point de départ de la lésion. C'est ainsi que dans des cas de cancers thyroïdiens on ne retrouvera pas la glande thyroïde normale, le tissu en prolifération ayant rompu la capsule enveloppant la glande.

La tuméfaction pourra se trouver superficielle, immédiatement sous la peau (grenouillette, parotidite) ou rester au contraire en situation profonde, sous des éléments anatomiques sains qui sont repoussés vers l'extérieur (abcès sous-parotidiens, certaines adénites rétro-pharyngiennes). Tantôt la peau conserve à la surface de la lésion la mobilité de la peau saine (goître, grenouillette, cancer branchial, adénopathie non inflammatoire), tantôt elle a perdu une partie de sa mobilité (inflammations chroniques), tantôt elle fait corps avec la lésion (inflammations aiguës, inflammations chroniques avec fistulisation, et tumeurs ulcérées).

La tuméfaction peut-être isolable des tissus voisins et des plans profonds (goître, adénite) ou être intimement soudée à ces plans par une sorte de pédicule (kyste) ou bien encore l'organe malade est relié au voisinage par l'œdème (inflammations aiguës) ou par du tissu fibreux réactionnel (inflammations chroniques). Enfin, dans certains cas, la lésion forme une masse compacte adhérente aux plans profonds, et aucun organe n'est isolable à ce niveau ; par contre, des éléments qui auraient dû se rencontrer là sont retrouvés loin en dehors de la tuméfaction (certains cancers). En principe d'ailleurs, les cancers lorsqu'ils

sont diagnostiqués sont soudés aux tissus voisins et nullement isolables ; cliniquement, on pensera rarement à un cancer d'une glande thyroïde avant sa phase extra-capsulaire.

L'examen des contours de la lésion donne aussi d'utiles indications. Les tumeurs vraies, les kystes sont nettement circonscrits, tandis que les abcès froids, l'hématome, ont leurs contours moins bien délimités, et qu'autour des lésions aiguës, l'œdème diminue progressivement.

Il est important, croyons-nous, même si la lésion essentielle ne porte pas sur eux, de rechercher les ganglions et de les apprécier. Le ganglion purulent a les caractères des organes atteints de fonte purulente : fluctuation, ramollissement avec ou non fistulisation et écoulement de pus plus ou moins crèmeux. Le ganglion lymphadénique attire l'attention par son hypertrophie très marquée ; il présente de la rénitence sans fluctuation aucune. Le ganglion tuberculeux n'offre pas l'hypertrophie accusée, observée en pathologie bovine ; ce sont surtout les ganglions rétropharyngien qui sont le siège de lésions tuberculeuses ; ils sont durs, mobiles, indolores, ne dépassant guère la grosseur d'une olive ou d'un œuf de pigeon. Ils subissent aussi souvent la fonte purulente : alors le liquide formé s'étant répandu dans le tissu cellulaire, et ayant déterminé une inflammation chronique diffuse et irrégulière, aborde bientôt la peau qui se perfore et donne écoulement au pus ; un ulcère et une fistule persistent. Le ganglion cancéreux reste plutôt petit, il a la dureté du cancer primitif.

Signalons enfin les symptômes tout à fait spéciaux à l'anévrysme artériel ou artério-veineux, et d'ailleurs parfois peu nets : la zone de perception du pouls plus étendue, et une sensation de souffle encore appelé « thrill », sorte de frémissement vibratoire perceptible à l'oreille et au doigt.

C. — Méthodes de diagnostic au service de la clinique

Dans son Manuel de diagnostic chirurgical, Duplay disait : « ...Parfois lorsque le clinicien a épuisé toutes les ressources de l'exploration, il peut être autorisé à pratiquer certaines opérations ; nous voulons parler des incisions et des ponctions exploratrices. » Et plus loin : « Le chirurgien doit parfois s'aider de l'étude des excreta et des renseignements que lui fournissent la pathologie expérimentale, la bactériologie et la radiographie. » Ces divers procédés auront assez souvent à être utilisés dans le diagnostic qui nous occupe.

1° PONCTION EXPLORATRICE

Celle-ci est indiquée toutes les fois qu'il y a suspicion de liquide au niveau de la tuméfaction, quelle que soit la densité probable de ce liquide, donc toutes les fois qu'il y a la moindre trace de fluctuation, ou que, la fluctuation faisant défaut, l'œdème périphérique et la douleur locale peuvent éveiller l'idée d'une

masse de pus enfermée dans une coque fibreuse. Elle doit répondre à toutes les conditions classiques d'asepsie.

Elle s'effectue avec une aiguille de seringue de Pravaz ou un trocart capillaire. L'instrument est implanté obliquement, au niveau du point où la fluctuation est la plus accusée ou seulement soupçonnée, afin d'éviter de pénétrer dans les organes sains. Quand l'instrument est en place, on attend quelques secondes en comprimant la tuméfaction. S'il ne s'écoule rien, on peut répéter l'opération en divers points, pour le cas où il existerait ailleurs une petite poche de liquide. Si la ponction est positive, le liquide est recueilli dans un verre propre ou aspiré à la seringue.

Examinons les divers caractères macroscopiques présentés par les produits des ponctions exploratrices, en même temps que nous envisagerons les excreta recueillis au niveau de l'orifice externe d'une fistule de la gorge.

Ces fistules laissent presque toujours sourdre un liquide purulent, abondant, et dont l'écoulement est à peu près continu.

Ce pus est grisâtre, séreux, de mauvaise nature, quelquefois mal lié, souvent sanguinolent ; il peut renfermer des petits grumeaux formés de débris tissulaires. Comme la fistule elle-même, ce pus doit faire penser à deux lésions essentielles : un foyer tuberculeux ou un cancer. Aussi dans le cas où le cancer n'est pas évident, est-il très indiqué de faire un examen minutieux de ce pus pour y rechercher le bacille de Koch. En général, dans ces tuberculoses externes, le

bacille abonde, et un examen microscopique après coloration au Ziehl le met facilement en évidence.

Quand la ponction ou l'ouverture naturelle de la tuméfaction donne issue à du pus blanc jaunâtre ou verdâtre, crèmeux, consistant, de bonne nature, il s'agit d'un abcès ganglionnaire ou par traumatisme externe ; on fera des constatations approchantes dans l'abcès dû à un corps étranger, mais le pus pourra être alors plus ou moins fétide : la flore microbienne des premières voies digestives est alors en cause.

Un liquide rouge et chaud, s'écoulant sous une pression assez forte, et sans que le volume de la tuméfaction diminue de façon appréciable, est l'indice certain d'un anévrysme ; la ponction détermine une sorte d'hémorragie artificielle, et c'est du sang pur et non altéré qui se répand ; la quantité qui s'écoule n'est pas en rapport avec la capacité de la poche, parce que celle-ci, à mesure qu'elle se vide, est ravitaillée par la circulation générale. Si on n'interrompt pas la ponction, on risque d'aboutir à la mort par anémie totale. On pourrait croire que l'aiguille ou le trocart ont pénétré dans la lumière d'un vaisseau, comme lors d'une prise de sang à la jugulaire, mais il est facile, si l'on doute, de retirer l'instrument, et de renouveler l'opération à côté.

Au lieu du sang circulant, la ponction peut donner issue à du sang liquide aussi, mais dont l'écoulement se ralentit et finit par s'arrêter à mesure que la poche se vide ; d'autre part, ce sang a subi un début de décomposition, la proportion de plasma a augmenté et quand la poche est vidée de son liquide, il reste à

l'intérieur du sang coagulé donnant à la pression une sensation de crépitation : on a affaire à une poche sanguine ou hématome, de date assez récente. Si l'hématome est plus ancien, le sang extravasé est devenu un liquide brunâtre, ou jaune, par suite de la résorption des globules rouges et de la fibrine et le produit de la ponction exploratrice se rapproche petit à petit de celui que nous allons maintenant examiner : l'hématome a fait place à un pseudo-kyste hématique.

Quand il s'écoule de l'aiguille un liquide clair, incolore ou jaunâtre, visqueux, filant comme de la salive muqueuse, avec quelquefois des traînées de sang rouge et non altéré, on est en droit de conclure à un kyste branchial ou à une grenouillette sus-hyoïdienne, voire encore à un kyste de l'une des glandes thyroïdes, ou à un pseudo-kyste d'origine variable. Alors que les deux derniers possèdent des caractères permettant de les différencier entre eux et des deux autres (siège, volume relativement faible en ce qui concerne le kyste de la thyroïde, organisation conjonctive, réaction fibreuse périphérique pour ce qui est du pseudo-kyste), il ne semble pas qu'en dehors du contenu il y ait de différences cliniques bien nettes entre la grenouillette et le kyste branchial. Y a-t-il une discrimination possible par l'étude du liquide kystique ? L'examen chimique du liquide montre dans les deux cas une grande richesse en albumine et en mucine. Mais dans le liquide de la grenouillette on ne retrouve pas la ptyaline et le sulfocyanuse de la salive normale à laquelle on pourrait le rattacher (Udrisky) et on ne voit pas bien ce qui différencie les deux contenus. Aussi peut-on

se demander si un rapprochement n'est pas à faire entre la grenouillette et le kyste branchial, et si à la première on ne pourrait pas attribuer sinon une origine branchiale, du moins une origine congénitale. C'était l'hypothèse qu'avait émise Neumann le premier, et c'est aujourd'hui une opinion couramment exprimée et défendue en médecine humaine.

Quelquefois aussi on a signalé, aussi bien dans des grenouillettes que dans des kystes branchiaux, la présence d'une matière plus ou moins fluide ayant l'aspect et la couleur du miel (kystes mellifères ou mélicériques).

Enfin la ponction d'une tuméfaction d'allure kystique environnée de tissus durs, peut fournir un liquide visqueux, sanguinolent, mal défini, provenant de la transformation kystique d'une partie d'une tumeur.

2° LA BIOPSIE

Si la ponction capillaire est largement utilisée, la biopsie est d'un usage beaucoup moins courant en médecine vétérinaire. Elle est pourtant susceptible d'apporter une aide très efficace au praticien, car elle est à la tumeur dure ce que la ponction exploratrice est à la tumeur kystique. Son but est d'associer l'anatomie-pathologique à la clinique, et nous pouvons la définir avec M. Valade : « l'opération qui consiste à exciser sur le vivant un petit fragment de tissu pathologique dans le but d'en rechercher la nature histopathologique ».

La clinique est souvent incapable d'établir, seule,

un diagnostic précis : certaines tumeurs (au sens anatomopathologique du mot) ressemblent étrangement à une lésion inflammatoire ; cliniquement un cancer à son début ne présente pas de différence avec une tumeur bénigne, et à l'exploration par nos sens les caractères spécifiques des diverses sortes de cancers n'apparaissent pas toujours ; ces discriminations sont pourtant d'une très grande importance pour établir un pronostic, ou choisir un traitement judicieux, voire même simplement pour satisfaire l'amour-propre du clinicien ; et seule l'histopathologie permet alors de préciser la nature de la lésion.

La biopsie ne pourra être pratiquée avec fruit, dans le cas qui nous occupe, que si la lésion est sous-cutanée, immédiatement accessible. Nous ne croyons pas que la biopsie par ponction avec un trocart de calibre suffisant (méthode préconisée par quelques Anglais pour les lésions cachées, profondes) puisse être pratiquée ici.

Sans doute on a fait quelques reproches à la biopsie : elle peut déterminer de l'infection là où n'existait qu'une lésion fermée. Mais est-ce à la biopsie, ou aux conditions de propreté dans lesquelles elle a été pratiquée, qu'il faut s'en prendre ? Quant au danger de généralisation de cancers, les statistiques doivent le faire considérer comme tout à fait négligeable. C'est du moins ce à quoi fait conclure l'utilisation courante de la biopsie en pathologie humaine, et rien ne s'oppose sans doute à ce que les mêmes résultats soient obtenus en pathologie comparée.

Comment devra-t-on procéder? La technique des biopsies est assez simple.

Le praticien désinfecte soigneusement la peau recouvrant la tumeur, sans frotter; il s'est préalablement aseptisé les mains. Il opère à l'aide d'un bistouri bien tranchant, stérilisé à l'ébullition. Le prélèvement ne doit pas se faire n'importe où : il faut éviter les zones nécrotiques, dont les tissus seraient difficilement identifiables, et prélever de préférence sur la périphérie de la tumeur, de façon à pouvoir comparer, le cas échéant, du tissu sain avec le tissu pathologique. A l'endroit choisi « on pratique au bistouri deux incisions obliques et convergentes qui isolent un prisme triangulaire de tissu; les incisions devront atteindre une profondeur suffisante, sans quoi l'examen histologique ne porterait que sur des parties superficielles et risquerait de conduire à des erreurs » (Valade). Le fragment prélevé devra être ensuite placé dans un liquide fixateur (alcool) (Bouin, Tellyesniczski) qui permettra plus tard d'en faire des coupes.

La biopsie pourra ainsi nous renseigner sur la nature des tumeurs du cou : elle nous permettra de savoir si la lésion a pour point de départ un corps thyroïde ou l'épithélium enclavé des fentes branchiales, si c'est un épithéliome ou un sarcome qui est en cause ou si au lieu d'un cancer c'est à un simple adénome thyroïdien qu'on a affaire. De même elle nous aidera à distinguer une tumeur vraie d'une lésion inflammatoire pseudo-tumorale.

Ajoutons toutefois que la biopsie ne peut et ne doit être utilisée avec succès qu'autant qu'elle a été précédée d'un examen clinique approfondi.

3° TUBERCULINATION

Quand il y a possibilité de tuberculose, d'après l'aspect clinique de la lésion, sinon du malade dans son ensemble et que l'examen bactériologique du pus ne révèle pas la présence du bacille de Koch, on peut sans doute essayer avec ce pus des cultures, ou des inoculations. Mais le mieux est, croyons-nous, de tuberculer le sujet. Il semble, malgré les critiques adressés autrefois aux résultats de cette méthode chez le chien, qu'on puisse aujourd'hui après les recherches de Douville, de Malbrant, leur accorder beaucoup de valeur.

C'est la tuberculation sous-cutanée qu'on utilise, la dose à injecter est de cinq à quinze centigrammes de tuberculine, selon la taille. En principe il ne faudra pas tuberculer un chien ayant une température supérieure à 39° (Malbrant conseille toutefois de tuberculer jusqu'à 39° 5).

Une réaction positive se traduira par une réaction fébrile, souvent aussi une réaction générale; la réaction focale peut être très intense.

La réaction fébrile surtout est intéressante; elle est précoce, apparaît entre la cinquième et la septième heure. Elle pourra être déclarée positive quand l'écart de température sera d'au moins 1° 5 ou que la courbe s'établira au-dessus de 40° pendant quatre heures. L'hyperthermie n'est pas en rapport avec l'étendue et la gravité des lésions, et on peut même dire qu'elle est plus nette souvent quand la lésion est plus limitée;

ainsi dans le cas qui nous occupe, s'il s'agit d'une lésion primitive.

4° RADIOGRAPHIE ET RADIOSCOPIE

Il est possible d'obtenir des rayons X un complément d'information séméiologique : la radioscopie, et surtout la radiographie, encore peu répandues en médecine canine, seraient très utiles pour déceler un corps étranger métallique ou osseux du pharynx ou de l'œsophage.

Existe-t-il d'autres procédés utilisables ici ? L'examen du sang du malade peut préciser une lymphadénie : il permettra de conclure, si la leucémie est constatée, mais on ne pourra pas rejeter le diagnostic de lymphadénie si le nombre des globules blancs est normal, car des lymphadénies aleucémiques s'observent également.

Quant à l'utilisation du traitement iodé comme moyen de diagnostic, il ne semble pas qu'on doive s'y arrêter : l'iode a quelquefois une action résolutive sur le goître simple ou des adénites, mais pas toujours. Cette méthode ne permet aucune conclusion précise.

TROISIÈME PARTIE

Processus du diagnostic

Après avoir examiné son malade et recueilli tous renseignements utiles, le praticien doit arriver à la conclusion clinique. Cette conclusion c'est le diagnostic. Son but est de déterminer la nature de la maladie, c'est-à-dire de reconnaître la place qu'elle occupe dans le cadre nosologique. Mais la seule distinction des maladies n'est pas suffisante : le diagnostic doit encore être anatomique : il faut préciser le siège de la lésion. Et enfin le diagnostic doit être étiologique.

Pour en arriver à ce résultat complet, le praticien doit après la recherche et la mise en évidence des symptômes, savoir les apprécier et les utiliser. Aussi bien le diagnostic fait-il autant appel au raisonnement qu'à l'observation.

Pour faciliter son travail, le pathologiste doit avoir présent à l'esprit, sous forme de schéma, de plan, l'ensemble des lésions parmi lesquelles il aura à établir des discriminations. Ces lésions lui apparaîtront groupées en quelques grandes catégories comprenant des subdivisions, autrement dit classées, cataloguées. C'est à une classification de ce genre que nous allons essayer d'aboutir dans ce troisième chapitre.

Comme tous les classifications, celle des tuméfactions de la gorge du chien, envisagées au point de vue clinique, peut revêtir une forme très variable selon les facteurs qui ont présidé à son élaboration.

Nous nous inspirons des principes suivants :

1° On doit tenir grand compte de *l'évolution* de la tuméfaction : c'est pourquoi nous mettrons à part et en tête l'hématome, conséquence directe et immédiate d'un traumatisme. La durée de l'évolution nous aidera également à différencier les affections inflammatoires des affections organiques.

2° La présence ou non de *chaleur, douleur et œdème*, et d'autre part les *signes généraux* permettent de distinguer les affections inflammatoires des affections organiques.

3° La *consistance* de la tuméfaction revêt une importance particulière : elle donne lieu à la distinction de deux catégories bien nettes : tumeurs liquides et tumeurs solides, avec cependant des stades intermédiaires.

4 L'utilisation des *connaissances anatomiques* est indispensable pour préciser le siège de la lésion : les tuméfactions situées en région basse (au niveau des premiers anneaux de la trachée) peuvent être rapportées presque toujours aux glandes thyroïdes ou parathyroïdes.

5° La *ponction capillaire exploratrice et la biopsie* n'interviennent qu'en dernier ressort pour confirmer ou compléter les résultats de l'examen du sujet.

6° On ne doit pas perdre de vue certaines affections qu'on s'attachera d'une manière particulière à éliminer : les unes parce qu'elles sont fréquentes (abcès, hématome, adénopathie), les autres parce qu'elles revêtent une exceptionnelle gravité (tuberculose, cancer).

L'HÉMATOME.

La soudaineté de son apparition le met en dehors des autres lésions ; l'absence de signes généraux, la discrétion des signes inflammatoires, la fluctuation totale, la crépitation sanguine, le contenu hémorragique plus ou moins altéré le confirment.

Il se différencie nettement des kystes par la brièveté de son évolution et son contenu, de l'anévrysme par les signes physiques, des collections purulentes par son indolence et l'absence d'œdème. S'il a subi l'évolution pseudo-kystique, il se distingue d'un kyste congénital par l'épaisseur de sa paroi chroniquement enflammée, scléreuse.

LES INFLAMMATIONS.

En principe, l'œdème, la chaleur locale, la douleur, et souvent des signes généraux (fièvre, frissons, inappétence), les caractérisent. Mais si ces symptômes sont nets dans les inflammations aiguës, ils sont considérablement atténués dans les inflammations chroniques qui souvent se rapprochent des néoplasmes.

Dans un premier groupe d'inflammations, nous rangerons les *inflammations simples* caractérisées par une évolution rapide (deux ou trois jours), avec symptômes généraux accusés, et la résolution sans qu'il y ait for-

mation de pus. La douleur est accusée, l'hypertrophie congestive assez marquée, mais l'œdème est peu envahissant et l'organe atteint conserve une certaine mobilité. Alors, d'après le siège de la lésion, on posera le diagnostic de *parotidite* ou « oreillons », de *thyroïdite*, de *maxillite*, d'*adénite aiguë maxillaire ou rétro-pharyngienne*. Notons que dans ce groupe on peut également faire rentrer l'hypertrophie congestive de la thyroïde observé chez les jeunes chiens et qui se traduit par une augmentation de volume assez marquée, un peu de sensibilité mais l'absence d'œdème.

Dans un deuxième groupe, nous envisagerons les *inflammations purulentes*, que nous pouvons englober sous la dénomination générale d'abcès. Ici, en principe, la chaleur, la douleur et l'œdème sont accusés. L'évolution se fait en six à dix jours. Il y a formation de pus, fluctuation qui augmente avec l'ancienneté de l'abcès, et évacuation du pus à la longue par mortification des tissus voisins ou par une ouverture artificielle. Là aussi il y a des distinctions à établir. Une première variété se traduit par une tuméfaction énorme, un œdème étendu, envahissant : il y a d'abord inflammation diffuse du tissu conjonctif lâche, entourant les organes de la gorge, puis formation d'une poche de pus : c'est ce qu'on peut appeler une *cellulite avec collection purulente*. Une autre variété concerne une lésion limitée à une partie de la gorge, non envahissante : et c'est alors l'anatomie qui nous indique si nous devons diagnostiquer *adéno-phlegmon, maxillaire ou rétro-pharyngien, parotidite ou thyroïdite suppu-*

rées, ou encore *abcès par corps étranger pointu d'origine pharyngée*.

Dans un dernier groupe de lésions inflammatoires, nous considérerons les *inflammations chroniques* qui ont pour caractères essentiels une évolution longue (des semaines), au cours de laquelle des phases aiguës peuvent être enregistrées ; il y a presque toujours production continue de pus, d'où la constitution d'une fistule ; en même temps il s'est formé un tissu scléreux, dur et irrégulier. Ces cas cliniques doivent toujours attirer l'attention sur la *tuberculose*. C'est donc à ce moment qu'il faudra s'appliquer à rechercher d'autres signes de cette maladie du côté de l'état général et du système respiratoire, et que l'on devra faire appel souvent à un examen bactériologique ou à la tuberculination. De même nous nous attacherons alors à différencier ces inflammations chroniques des néoplasmes, dont souvent elles sont cliniquement très voisines. En dehors de la tuberculose, on pensera à une plaie fistuleuse due à un corps étranger. La fistule à laquelle peut donner lieu un adéno-phlegmon banal se cicatrise en général rapidement.

Si la lésion d'inflammation chronique est fermée, il pourra s'agir d'une adénite chronique en relation avec une lésion buccale ou pharyngée facilement décelable.

AFFECTIONS ORGANIQUES.

Dans celles-ci, en principe, l'œdème et la douleur n'existent pas. Au contraire les contours sont en général nettement dessinés et l'indolence est toujours complète. Parfois la chaleur existe (anévrisme, goitre

vasculaire), mais elle est exceptionnelle dans l'ensemble. Enfin l'évolution, à la différence de ce qu'on observe dans les inflammations, est longue : des mois, voire des années ; exceptionnellement encore elle est plus brève (certains cancers et anévrysmes). Nous ferons deux parts de ces tuméfactions. Dans une première subdivision, la *tumeur est liquide*. Divers cas peuvent alors se présenter. D'abord l'*anévrisme* : il s'individualise nettement parce qu'il est réductible et présente des battements isochrones avec ceux du poulx ; de plus c'est une tuméfaction chaude en général étalée et toujours située sur le trajet de la carotide. La ponction enlève toute hésitation : elle donne issue à du sang circulant.

A côté de l'anévrysme, nous distinguons les *kystes congénitaux* ; on pourra dire grenouillette si le kyste est attaché au plancher buccal, et kyste branchial s'il adhère au pharynx, mais la discrimination n'est guère possible. De toute façon ils sont situés en région haute, à peu près immédiatement au-dessous du maxillaire, ce qui les distingue de la troisième variété de tumeurs liquides. D'après le contenu de ces kystes congénitaux, on les appellera séreux, muqueux ou mellifères.

Enfin la tumeur liquide est située en région basse, à la place normalement occupée par les glandes thyroïdes : c'est à celles-ci qu'on la rattachera : on conclura à un *kyste de la glande thyroïde*, à moins que la chaleur locale et une fluctuation superficielle nous inclinent au diagnostic d'un goitre vasculaire. Notons que ces kystes de la grande thyroïde sont souvent petits et multiples (d'où un aspect bosselé), mais que parfois

leur confluence donne naissance à un kyste volumineux.

Maintenant deuxième subdivision, *la lésion organique est solide*.

Deux cas peuvent être envisagés : les tumeurs situées au niveau du larynx, et celles situées au niveau des glandes thyroïdes.

Les premières comprennent plusieurs variétés. C'est tantôt une adénopathie d'origine cancéreuse, reconnaissable par l'anatomie ; la lésion primitive devra être recherchée dans les diverses parties de la tête et de la gorge ; cette adénopathie coexiste le plus souvent avec les lésions que nous allons voir maintenant. Tantôt au contraire la tumeur ne correspond plus à un organe normal : elle entoure le larynx et le pharynx de façon irrégulière, adhère intimement à ces organes, elle revêt un aspect bosselé, sa consistance est variable : cartilagineuse, osseuse, kystique par endroits, ferme dans l'ensemble. Il faut conclure à un *épithélioma branchial*, à un *cancer développé au dépens des parois du larynx*, ou à un *ostéo-épithéliome thyroïdien*. Leur distinction est difficile. Retenons toutefois que l'épithélioma branchial et l'ostéo-épithéliome thyroïdien, tumeurs embryonnaires, peuvent durer des années avant que la cachexie apparaisse, et qu'il y ait généralisation. Mais si l'on veut préciser le diagnostic, il faut s'aider des renseignements procurés par la biopsie.

Au niveau des glandes thyroïdes ou parathyroïdes, trois genres de lésions peuvent être diagnostiqués : les goitres simples, les goitres toxiques, et les cancers thyroïdiens et parathyroïdiens.

Quand la glande reste encapsulée, mobile, indépendante, et alors même que des symptômes fonctionnels existent, mais sont explicables par la compression, on conclut à un *goitre simple* (charnu ou fibreux).

Les *goitres toxiques* s'individualisent par la coexistence de l'hypertrophie de la glande thyroïde et de symptômes spéciaux : dans la maladie de Basedow, on observe de la tachycardie, de l'exophtalmie et des tremblements ; l'adénome toxique des Américains s'en distingue parce que le goitre est nodulaire et que l'exophtalmie fait souvent défaut.

Enfin les *cancers thyroïdiens et parathyroïdiens* se caractérisent par la destruction de la capsule glandulaire, et une prolifération désordonnée et envahissante avec greffe rapide sur les tissus voisins. Plusieurs variétés histologiques peuvent se rencontrer : sarcomes, épithéliomes, et ostéo-épithéliomes ; ces derniers, déjà signalés, semblent se développer aux dépens d'éléments embryonnaires glandulaires ou extra-glandulaires. Ces cancers divers sont souvent ulcérés et fistulisés, et ils donnent lieu à la cachexie et à la généralisation à un moment de leur évolution. Pour déterminer avec sûreté la variété histologique en cause, la biopsie est la seule méthode. Notons enfin qu'à leur début les cancers thyroïdiens ne diffèrent nullement des goitres simples, qui constituent d'ailleurs, a-t-on dit, un état précancéreux.

Nous avons donc fait entrer les nombreuses tumeurs de la gorge dans des catégories bien distinctes : mais cette distinction n'est pas toujours aussi nette dans la pratique que sur le papier. Un ou plusieurs des

symptômes caractéristiques de l'affection peuvent faire défaut : la douleur et la chaleur manquent souvent dans un abcès à son début, la fluctuation également. De même un ou plusieurs symptômes importants peuvent se trouver surajoutés : ainsi l'œdème et la rapidité d'évolution dans les cancers aigus. Ce sont des faits qu'il ne faut jamais oublier. Dans chaque cas on jugera d'après les signes actuels, sans vouloir les identifier à tout prix avec des phénomènes autrefois observés ; car une affection ne se traduit jamais exactement de la même façon chez deux malades différents, et dans des circonstances différentes.

Observations cliniques

Avant de présenter quelques-uns des faits cliniques que nous avons pu rencontrer, nous avons cru bon de reproduire ici quelques observations intéressantes, empruntées à la littérature vétérinaire.

CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE, OBSERVATION DE CADIOT

Chien de berger, 2 ans, entré dans le service le 2 janvier 1899. On avait l'habitude de le faire rapporter, et il aimait à jouer avec les objets qu'il voyait entre les mains de ses maîtres. Dans les derniers jours de décembre, il s'est montré triste et a refusé de manger. On a remarqué qu'il avait la gorge tuméfiée.

Etat à l'entrée. — Le chien est sombre, tient la tête basse et laisse ses aliments. La région gutturale est le siège d'une tumeur du volume d'un petit œuf, dure, indolore, sans hyperthermie et sans point fluctuant. On pense à un abcès froid en voie de formation.

Les deux jours suivants, aucune modification locale. Le sujet ne prend pas d'aliments. On le soutient en lui donnant du lait à la cuillère. Le 5 janvier, les poils qui recouvrent la partie centrale de la tumeur sont agglutinés par du pus. En cette région, la peau est creusée d'un étroit pertuis. Pour évacuer le contenu de l'abcès, on exerce de légères pressions sur la tumeur, de chaque côté de la plaie. Immédiatement on aperçoit le fragment d'un bout

d'aiguille à tricoter, long de 6 centimètres, souillé de pus sanguinolent.

La fistule débridée, la sonde pénètre à une profondeur de 4 cm. environ, dans une direction à peu près perpendiculaire à la surface de la région. La plaie de l'œsophage est cicatrisée. Lorsque l'animal boit, il ne s'écoule pas de liquide par la fistule. Comme il arrive fréquemment chez les chiens qui ingèrent des corps vulnérants, cette aiguille s'est implantée dans les parois du pharynx ou de l'origine de l'œsophage, les a traversées sous l'action des contractions qu'elle a provoquées, et s'est engagée dans les tissus du cou, où elle a déterminé la tuméfaction sus-mentionnée : elle a progressé jusqu'à la peau dont elle a déterminé l'ulcération.

Le lendemain, malgré la suppression de la cause qui semblait provoquer les troubles observés, l'animal se montre triste, sa démarche est lente. Il refuse ses aliments. On continue à lui donner du lait.

Le 7, même état et constipation. Le malade ne rejette pas d'excréments. Administration de 30 gr. d'huile de ricin et lavements d'eau tiède. Dans la journée, expulsion de quelques excréments secs, terreux, maculés de sang.

Le 8, on continue les lavements d'eau chaude. Tout à coup l'animal fait de violents efforts expulsifs et rejette par l'anus un peloton de laine. Dans la soirée il est gai, caressant, et consomme une partie du contenu de sa gamelle.

Les jours suivants, l'amélioration s'accroît. Avec l'appétit, la gaieté revient.

Le 10, la tuméfaction du cou est affaissée. Il ne persiste qu'une fistulette d'où suinte un peu de pus séreux.

Sortie le 15. — La plaie est cicatrisée.

TUBERCULOSE CHEZ LE CHIEN. — CADIOT.

Chienne havanaise, 2 ans, amenée à la consultation le 1^{er} mai 1894. — Atteinte d'une plaie fistuleuse du cou.

Il y a trois mois, on a remarqué, à la partie supérieure de cette région, une tumeur qui a augmenté peu à peu de dimensions et a atteint le volume d'un œuf. Traitée par l'application de cataplasmes, cette tumeur s'est ramollie, puis ulcérée, du pus s'en est écoulé, d'abord abondant, bientôt en plus faible quantité. La plaie s'est fistulisée, on l'a traitée par des injections antiseptiques, on a fait plusieurs débridements.

Etat actuel. — La malade est en assez bon état. A l'exploration des cavités abdominale et thoracique, on ne constate aucun symptôme pouvant faire présumer la tuberculose. A la partie supérieure du cou, au niveau du larynx et sur la ligne médiane existe une plaie du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, à bords un peu irréguliers, déchiquetés, décollés, épaissis et bourgeonneux en certains points, amincis et érodés en d'autres, partout enduits de pus grisâtre, visqueux. Deux fistulettes ouvertes au fond de cette lésion aboutissent profondément, sur les côtés de la trachée. Un peu en dessous de cette première plaie, on en voit une autre, plus petite, également fistuleuse, séparée de la première par un lambeau cutané large d'environ six centimètres. Sur la face gauche du cou, en arrière de la partie inférieure de la parotide, est développé un abcès froid du volume d'une noisette. La ponction donne issue à du pus grisâtre, mal lié. L'examen bactériologique de ce pus et de celui recueilli aux plaies y décèle le bacille de Koch.

Nous n'avons pas obtenu l'abandon de cette malade, on ne nous l'a pas ramenée.

SARCOME PRIMITIF DU CORPS THYROÏDE CHEZ LE CHIEN PAR CADIOT

Chien griffon, âgée de six ans. Il a été laissé en traitement à l'Ecole d'Alfort le 16 février 1893.

Il était malade depuis plusieurs mois. Son maître avait

surtout remarqué de l'inappétence, une grande difficulté de la respiration, et l'existence, au cou, de deux tumeurs qui peu à peu avaient acquis de fortes dimensions.

Au premier examen, on a noté les symptômes suivants : un peu d'épanchement péritonéal, respiration dyspnéique, résonance normale dans toute la hauteur du thorax, quelques râles muqueux et sibillants à l'auscultation, battements de cœur tumultueux ne permettant pas de distinguer nettement les bruits. L'exploration du bord inférieur du cou faisait percevoir, vers la partie moyenne de cette région, de chaque côté, une tumeur dure arrondie ou légèrement ovoïde, celle du côté gauche, un peu plus forte que l'autre. On ne crut pas tout d'abord à une lésion du corps thyroïde, la position des tumeurs étant notablement inférieure à celle de la glande thyroïde normale. L'état général était assez bon. Cependant, au dire du propriétaire, le malade avait beaucoup maigri dans les dernières semaines. Ce renseignement et l'absence de signes dénonçant une maladie grave quelconque me firent naturellement supposer l'existence de la tuberculose ou d'une tumeur maligne en voie de généralisation. Je n'eus pas le temps d'éclairer le diagnostic, l'animal succomba pendant la nuit.

Autopsie. — Sarcome encéphaloïde du corps thyroïde avec généralisation par voie veineuse au cœur et aux poumons.

ANÉVRYSME DU COU. — OBSERVATION DE BOURNAY.

Chien braque, âgé de six ans, en traitement à l'Ecole de Toulouse, pour un eczéma chronique.

Cet animal présentait au cou, du côté droit, une tumeur cachée par le collier et dont il ne paraissait nullement souffrir. On constatait, en plaçant la main à plat sur la région, qu'elle changeait à chaque instant de volume, lequel atteignait son maximum quand le sujet baissait la tête, et se réduisait considérablement lorsque au

contraire, celle-ci était relevée. En comprimant la base du cou, donc en empêchant la circulation dans les jugulaires superficielles, la tumeur devenait énorme et acquérait le volume d'une grosse pomme, elle n'avait aucune adhérence avec la peau.

Dans toute l'étendue de cette tumeur, la main percevait un frémissement vibratoire absolument caractéristique coïncidant avec la systole cardiaque. Cette constatation, unie aux autres caractères de la tumeur, a permis de porter le diagnostic : anévrysme artério-veineux, congénital probablement, en raison de l'absence de tout traumatisme et de toute constriction anormale du collier.

Le chien étant mort un mois plus tard, des injections furent poussées dans les carotides et dans les jugulaires. Il fut alors facile de se rendre compte exactement de la lésion. Il s'agissait bien d'un anévrysme artério-veineux congénital, résultant d'une terminaison anormale des deux carotides et des deux jugulaires.

CANCER GÉNÉRALISÉ DU CORPS THYROÏDE, PAR DOUVILLE ET GERMAIN.

Chienne noir et feu, âgée de six ans environ, présentée à la consultation de l'École d'Alfort pour un abcès du cou datant de deux mois. Les troubles apparus seulement depuis quelques semaines, consistent en une perte partielle de l'appétit, l'animal est devenu délicat, l'amaigrissement est survenu rapidement, le sujet est cachectique, le facies est émacié et comparable à celui des tuberculeux cliniques ou des cancéreux avancés.

L'examen de la gorge et de la partie supérieure du cou décèle deux tuméfactions assez régulièrement ovoïdes du volume d'une mandarine ; elles sont dures, presque indolentes, intimement soudées par leur base aux régions profondes et particulièrement à la trachée dont il est impossible de les détacher par la palpation. Elles sont reliées entre elles par un pont large et fibreux. La tumeur gau-

che, d'un volume un peu supérieur à celle de droite, présente une fistule en sa partie médiane, profonde de 3 à 4 centimètres et laissant écouler un pus liquide roussâtre, de mauvaise nature; le tégument est enflammé, épaissi, soudé à sa surface. Le sondage, très facile à pratiquer, donne peu de renseignements; l'extrémité de la sonde aboutit sur un tissu en voie de désagrégation et présente après chaque manœuvre des débris caséeux et fétides.

Les ganglions de l'entrée de la poitrine ont acquis la grosseur et la dureté d'une noisette. Il n'existe aucune autre adénopathie perceptible. La température est de 38°4; la respiration est lente, profonde et pénible, l'appareil circulatoire indemne. A la palpation de l'abdomen, on sent nettement le foie débordant du cercle de l'hypocondre droit; les reins sont normaux, perceptibles et insensibles au toucher bimanuel; l'urine est claire et albumineuse (3 à 4 gr. par litre).

De semblables lésions peuvent prêter à confusion avec un abcès ganglionnaire, un foyer cervical tuberculeux, une atteinte d'adénie, ou une tumeur ulcérée.

La première hypothèse est éliminée en raison de l'ancienneté du foyer suppuratif, des caractères du pus et de la non-cicatrisation de la fistule.

L'injection sous-cutanée de tuberculine, l'examen du pus au point de vue bacillaire restant négatifs, il ne peut s'agir de tuberculose.

Les préparations de sang permettent d'écarter l'idée de lymphadénie, du reste les ganglions explorables (sous-glossiens, parotidiens, préscapulaires, sous-lombaires, poplités) sont indemnes, seuls ceux qui desservent la lésion (rétro-pharyngiens et pectoraux) sont hypertrophiés.

Leur consistance particulière, leur dureté ligneuse, nous semblent pathognomoniques d'une métastase épithélio-mateuse, et nous concluons à un cancer ulcéré en voie de généralisation dont il nous est impossible de préciser cliniquement l'origine.

Jugé incurable, l'animal est abandonné, des injections antiseptiques et irritantes sont faites dans la fistule sans aucun résultat, le malade est dans un état de maigreur extrême et il succombe en quelques jours à une pleuropneumonie imputable aux mauvaises conditions d'hospitalisation.

A l'autopsie : tumeur épithéliomateuse du corps thyroïde avec généralisation.

TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE GÉNÉRALISÉE CHEZ LE CHIEN,
PAR L. AUGER.

Le sujet de notre observation est un chien braque Saint-Germain, âgé de huit ans.

Son maître nous le conduit pour le faire sacrifier, parce qu'il le croit atteint de goitre. On remarque en effet sous la gorge, de chaque côté du larynx, une tuméfaction volumineuse, dure et indolore à la palpation ; à un examen plus attentif, elle se montre formée, de chaque côté, de deux masses distinctes et situées un peu au-dessus et surtout en dehors de la position normale des corps thyroïdes. On pense alors plutôt à une hypertrophie ganglionnaire qu'à un néoplasme des thyroïdes. En avant des deux épaules on aperçoit également une tumeur ayant les mêmes caractères que celles qu'on vient de décrire et du volume du poing d'un homme environ, elle est due à une adénite des ganglions préscapulaires. De chaque côté du pénis, les ganglions inguinaux superficiels font saillie, et en arrière de la jambe, au niveau du tendon des jumeaux, on peut facilement percevoir les ganglions poplités, fortement hypertrophiés.

La palpation de l'abdomen dénote au niveau de la région sous-lombaire, en arrière des reins, la présence de masses volumineuses, dures et indolores, probablement formée par les ganglions sous-lombaires. A la percussion de la poitrine, on constate de la matité au niveau du

cœur, et à la partie inférieure du thorax, ailleurs la résonance est normale.

A l'auscultation, on perçoit très mal les bruits du cœur qui sont atténués, lointains, et il est également impossible d'entendre le murmure respiratoire à la partie antéro-inférieure du poumon; il n'existe ni râles, ni souffles, et dans le reste du parenchyme pulmonaire, le murmure respiratoire facilement perceptible est parfaitement normal.

La respiration est à peine accélérée, le thermomètre ne dénote pas de fièvre, et l'état général de l'animal n'est pas mauvais.

Suivant le désir du propriétaire, le chien est sacrifié.

Autopsie. — Les tuméfactions du cou sont constituées par les ganglions sous-maxillaires et rétro-pharyngiens hypertrophiés tuberculeux. Nous sommes en présence d'un cas de tuberculose ganglionnaire généralisée.

EPITHÉLIOMA BRANCHIAL CHEZ LE CHIEN, PAR A. MAJA.

Une chienne de six ans présente des crises de suffocation dues à une volumineuse tumeur cervicale que l'on prend pour un goitre.

L'état général de l'animal est mauvais: il est amaigri, le moindre effort provoque de la dyspnée. La tumeur, du volume de deux poings, n'est pas adhérente à la peau, sa consistance est ferme, sa surface irrégulière. L'extirpation chirurgicale est pratiquée, mais la malade meurt du choc opératoire, le même jour.

A l'autopsie, on remarque l'intégrité de la glande thyroïde. La tumeur, non adhérente à la peau, apparaît alors entourée d'une capsule fibreuse, sa section est mamelonnée et le produit de raclage en détache de petits grains jaunâtres reconnus au microscope comme des globes épidermiques. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithéliome pavimenteux du type malpighien.

Observations personnelles

ADÉNO-PHLEGMON DE LA GORGE

Chien bleu d'Auvergne, 4 mois, présenté à la consultation du 17 novembre 1931, à l'Ecole Vétérinaire de Lyon.

Le propriétaire nous l'amène parce qu'il présente depuis cinq jours, au niveau de la gorge, une grosseur dont le volume s'est depuis lors progressivement accru.

Nous examinons le sujet. A première vue nous notons l'existence d'une tuméfaction du volume d'une grosse pomme, qui semble comme appendue, sous la gorge, à la branche gauche du maxillaire inférieur. Le propriétaire a badigeonné la peau à ce niveau avec de la teinture d'iode. L'animal ne paraît gêné dans le fonctionnement d'aucun des organes voisins de la lésion : la respiration n'est pas modifiée, et le propriétaire nous indique que le chien continue à s'alimenter tout à fait normalement. Néanmoins l'attitude calme, un peu triste du chien contrastant avec sa pétulance habituelle, est un signe de souffrance.

Nous approchant, nous palpons la tuméfaction, l'animal se sentant touché, un peu brusquement peut-être, cherche à mordre. Nous le muselons. La palpation ne nous révèle pas d'hyperthermie locale. La pression indique une masse compacte, consistante, ferme, non dépressible. Toutefois on note nettement de la fluctuation. La tuméfaction est bien limitée, très adhérente à la peau,

libre par rapport aux tissus profonds, sauf en un point : au niveau de la base de la glande parotide.

La prise de la température indique 39°8. L'évolution, les symptômes généraux et locaux nous permettent de poser le diagnostic d'abcès chaud et plus précisément d'adéno-phlegmon.

L'animal étant entré à l'infirmérie, sur la demande du propriétaire, l'abcès fut ponctionné avec précaution au bistouri (en évitant les zones dangereuses) : la ponction donna issue à un pus abondant liquide, de bonne nature, mêlé de sang. Des soins antiseptiques les jours suivants suffirent à aider la guérison qui était presque totale quand le chien sortit de l'infirmérie, le 23 novembre.

PHLEGMON DIFFUS DE LA GORGE (CELLULITE) AVEC PSEUDO-KYSTE ULTÉRIEUR

Chien braque, pie marron, 3 ans.

Ce chien est amené à la consultation de l'Ecole le 16 février, pour une grosseur volumineuse de la gorge. Cette grosseur est apparue il y a une dizaine de jours. D'abord petite, elle a augmenté considérablement de volume. L'animal n'a pas paru gêné jusqu'ici.

Nous examinons le sujet : il existe sous la gorge, du côté gauche, une tuméfaction globuleuse du volume d'une tête d'enfant, cette tuméfaction gagne sur la face externe du maxillaire. A la palpation on constate une masse œdématisée qui garde l'empreinte des doigts. Il y a hyperthermie locale, et le sujet cherche à se soustraire à l'action des doigts.

Il s'agit vraisemblablement d'un abcès. Une ponction exploratrice avec un fin trocart donne jour à du pus mélangé de sang.

La prise de température indique 40°2. On peut donc très nettement conclure à une collection purulente faisant suite à une cellulite.

Le sujet entre à l'infirmierie. L'abcès s'ouvre spontanément le soir même, et du pus hémorragique souille la peau. Les jours suivants nous donnons quelques soins antiseptiques, la tuméfaction diminue petit à petit, mais il s'écoule toujours un peu de pus séreux. A partir du 26 février, la tuméfaction augmente de volume, du pus jaune rougeâtre suinte par la plaie transformée en fistule. La masse est plus dure et semble gagner en profondeur : de l'inflammation chronique persiste donc avec réaction fibreuse.

Le 2 mars, le chien est couché sur la table d'opération ; après anesthésie locale et désinfection, M. le Professeur Douville incise largement les tissus superficiels. Il rencontre une zone épaissie scléreuse, dont le débridement l'amène dans une petite cavité ; celle-ci est constituée par une sorte de poche tapissée par une fausse muqueuse. Après curetage et excision au ciseau, la plaie est nettoyée à l'eau oxygénée, et suturée.

Le chien sortit le 15 mars, à peu près complètement guéri.

ABCÈS DE LA GORGE A POINT DE DÉPART THYROIDIEN

Chien dogue de Bordeaux, 9 mois.

L'animal nous est présenté pour la première fois le 9 août 1931, il présente depuis quelques jours une grosseur sous la gorge à droite.

De petit volume, cette lésion est à peine décelable à l'œil. La palpation nous indique la présence d'une petite masse oblongue, consistante, mobile sous la peau et non adhérente aux tissus profonds. Anatomiquement elle est située au niveau de la glande thyroïde droite : d'ailleurs un examen plus approfondi nous permet de constater que cette masse fait corps avec la glande thyroïde droite à sa partie supéro-externe. Le corps thyroïde gauche est normal.

Aucune douleur à la palpation, pas d'hyperthermie ni locale ni générale.

Nous remarquons que la peau est légèrement excoriée au niveau de la lésion, et le propriétaire nous indique qu'un autre jeune chien mord le sujet à ce niveau en jouant.

Assez perplexe, nous concluons à un goitre et ordonnons un sirop à l'iodure de potassium.

Le 11 août, le chien nous est représenté. La lésion a augmenté de volume : elle atteint celui d'un petit œuf de poule. L'examen nous indique encore une tumeur dure, mobile, indolore où la glande thyroïde semble devoir être mise en cause.

Quelques jours plus tard, le sujet nous est ramené. Cette fois l'aspect clinique est complètement modifié, la tuméfaction a l'allure très nette d'un volumineux abcès, et la ponction donne issue à du pus jaunâtre.

ANÉVRYSME DU COU

Chien berger belge, 9 ans.

Cet animal nous est présenté pour une grosse tuméfaction sous la gorge, datant de cinq à six jours. L'état général du sujet n'est pas touché.

Cette tuméfaction nous apparaît étalée, diffuse. Elle couvre une très large surface, mais elle est située surtout du côté gauche. La palpation indique une chaleur accusée. La tuméfaction est très fluctuante, dépressible. On a affaire, semble-t-il, à une vaste poche contenant du liquide, mais poche ayant la souplesse d'une vessie à demi remplie d'eau.

Sans préjuger de la nature possible du contenu (car nous avons observé ce cas lors de nos débuts en clinique), nous faisons une ponction avec un trocart fin : il s'écoule, abondamment, du sang rouge fumant, en nature. Craignant d'avoir pénétré dans un vaisseau, nous renouvelons la ponction à côté : même résultat.

Nous sommes donc conduit à conclure qu'il s'agit d'une poche sanguine, mais où il y a du sang circulant, et non du sang épanché. Il s'agit d'un anévrysme.

Toutefois nous n'avons pas senti le frémissement vibratoire, dit-on, caractéristique. La pulsatilité existait, mais peu accusée.

Une autopsie aurait été intéressante. Mais le propriétaire emmena son chien et nous ne le revîmes plus.

OSTÉO-ÉPITHÉLIOME THYROIDIEN

Chien berger belge fauve, six ans, présenté à la consultation de l'Ecole Vétérinaire de Lyon, le 12 décembre 1931.

Ce chien de forte taille, utilisé pour la garde, présente depuis trois ans des grosseurs sous la gorge. L'animal n'avait jamais paru en souffrir, et le propriétaire ne s'en inquiétait pas. Toutefois il a remarqué que ces grosseurs présentaient des moments d'augmentation de volume, puis revenaient à leur état habituel. Il attribuait cette lésion à l'irritation produite par le collier étrangleur dont son chien était constamment muni.

Il y a deux ou trois jours, ces grosseurs ont augmenté sensiblement de volume, et l'animal a paru très gêné dans ses déglutitions et sa respiration.

Examen à l'entrée :

Le chien respire violemment, conséquence du trajet assez long qu'il vient de faire probablement, car plus tard sa respiration, au repos, apparut normale. La lésion est en partie dissimulée par de longs poils.

La palpation nous indique quatre nodosités de la grosseur d'un œuf de pigeon, disséminées sous la face externe du larynx, notamment entre les deux branches du maxillaire. Ces tumeurs, reliées entre elles à leur base par du tissu dense, adhèrent intimement aux tissus profonds : elles ne sont pas mobiles, ni isolables. La peau conserve toute sa souplesse. L'indolence est totale. En plus de ces

tumeurs dures, résistantes, nous notons, sur le côté droit de la gorge, une tuméfaction molle volumineuse, d'allure kystique, située entre deux tumeurs dures. Le Professeur Douville, en palpant la région, provoque l'ouverture de cette poche dans l'arrière-bouche, il s'écoule un liquide rougeâtre et trouble.

La muqueuse buccale est œdématisée et congestionnée, rouge foncé, elle déborde de chaque côté de la langue jusque sur les dents. Les glandes thyroïdes sont explorables à leur place normale. La température est de 40°. L'état général du sujet n'est pas mauvais.

Le diagnostic est des plus délicats. Cependant l'ancienneté de la lésion, son aggravation actuelle, le tissu dense dont elle est constituée éveillent l'idée d'un néoplasme, dont la nature histologique n'apparaît d'ailleurs pas du tout cliniquement.

Le propriétaire préfère laisser opérer son chien, quels qu'en soient les risques, plutôt que de le conserver dans cet état.

Le sujet est opéré le 18 décembre, après anesthésie générale, par M. le Professeur Douville.

Après incision de la peau et du peaucier, et dilacération du conjonctif et des muscles, il aboutit sur une masse très vascularisée. kystique sur une grande étendue, de consistance cartilagineuse, presque osseuse par ailleurs. Après un long travail de dissection, il parvient à isoler une partie de la masse qui adhère aux segments cartilagineux du larynx. L'opération ayant été assez longue et délabrante, et s'étant accompagnée d'une perte de sang considérable, M. le Professeur Douville s'en tient là, bien qu'il reste encore deux noyaux très adhérents de la tumeur. Après hémostase, suture, et pansement ouaté, le chien reçoit du sérum physiologique caféiné sous la peau et est transporté dans sa cage.

La tumeur enlevée est portée au laboratoire d'anatomie pathologique.

Les jours suivants, le chien est assez gai. Sa température reste autour de 40°. Un gros engorgement entoure la plaie.

Vers le 22 décembre, il ne peut plus déglutir, et le 24 il succombe.

A l'autopsie, on ne découvre rien de particulier en dehors des lésions locales. Les glandes thyroïdes sont normales. Localement, on découvre en profondeur un gros abcès, avec fort œdème périphérique. Ce qui restait de la tumeur faisait corps avec les parois du pharynx, on fit un nouveau prélèvement pour le laboratoire.

Les coupes microscopiques indiquèrent un *ostéo-épithéliome thyroïdien*.

Comme les glandes thyroïdes étaient intactes, on ne peut les tenir pour point de départ de ce cancer; l'origine doit être rapportée à des éléments embryonnaires qui ont persisté au niveau du larynx.

KYSTE ABCÉDÉ DE LA GORGE

Chienne fox à poil dur, trois ans, pie fauve.

Nous vîmes ce sujet pour la première fois à la consultation du 22 juin 1931, où il nous fut présenté pour une volumineuse tuméfaction de la gorge.

Commémoratifs: Le propriétaire et un camarade nous donnèrent les renseignements suivants. Cette chienne avait déjà été amenée à l'Ecole trois semaines auparavant, pour la même raison; à cette époque, la tuméfaction revêtait l'aspect d'un phlegmon envahissant toute la région de la gorge et remontant même sur les faces latérales des mâchoires. Un débridement large avait donné issue à du pus abondant et liquide. La tuméfaction semblait se résorber très rapidement et après deux ou trois jours la chienne était sortie de l'infirmerie.

Une huitaine de jours après, la tuméfaction s'est peu à peu reformée; le propriétaire a ponctionné aseptiquement avec un canif. Comme la première fois, la tuméfaction a

disparu pendant quelques jours. Puis elle s'est reformée, et c'est alors que le propriétaire s'est décidé à nous ramener sa chienne.

Examen à l'entrée : On observe une tuméfaction de la grosseur d'une orange, en situation médiane entre les deux branches du maxillaire, s'avancant jusqu'à la symphyse maxillaire. Cette tuméfaction est froide, indolore, uniformément fluctuante. La peau présente la cicatrice encore incomplète de la plaie de ponction, cependant il n'y a plus de solution de continuité permettant l'évacuation du liquide contenu à l'intérieur. On a nettement l'impression de la présence de ce liquide dans une poche à parois épaisses. La peau est soudée à la tuméfaction, et celle-ci adhère intimement aux plans profonds du côté gauche et dans la direction du plancher buccal.

La température de la chienne est normale.

Le diagnostic de poche kystique est posé, mais dont on ignore la nature : kyste ou pseudo-kyste ? L'histoire de la lésion nous permet d'ouvrir sans risques la poche. C'est ce que nous avons fait le lendemain, après une ponction capillaire : la chienne étant couchée sur le dos et assujettie sur la table d'opération, la tête portée en extension, nous avons incisé plan par plan et avons abouti à la poche d'où un liquide s'est écoulé abondamment : liquide rosé, hémorragique, légèrement trouble ; par pression nous l'évacuons complètement et à la fin il apparaît quelques grumeaux blanchâtres. Nous explorons la poche avec le doigt : nous trouvons une cavité close, bien limitée à paroi interne continue et lisse.

La fausse muqueuse interne fut curettée, et des injections irritantes de teinture d'iode furent pratiquées par la suite. Elles aboutirent à la guérison.

Nous avons conclu à un abcès évoluant vers une forme kystique, mais nous nous sommes demandé ensuite s'il ne s'agissait pas plutôt d'un kyste qui se serait abcédé. La question est difficile à trancher. Nous inclinons toutefois vers la dernière opinion.

CONCLUSIONS

Les affections chirurgicales de la gorge chez le chien qui se traduisent par des tuméfactions toujours, et accessoirement par des fistules, peuvent être classées, pour la commodité du diagnostic, d'après leur évolution, leur consistance, leur situation, les signes inflammatoires, les symptômes généraux et fonctionnels, et enfin le contenu.

I. — L'HÉMATOME.

Apparition soudaine, origine traumatique, situation variable, fluctuation totale et crépitation sanguine, peu de sensibilité. Sang plus ou moins altéré à la ponction.

II. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES.

Symptômes généraux, chaleur locale, sensibilité, œdème. Evolution de quelques jours à quelques semaines.

1° Inflammations aiguës, simples.

Parotidite ou « oreillons ».

Thyroïdite.

Maxillite.

Adénite aiguë.

2° Inflammations aiguës purulentes.

a) Inflammation diffuse, envahissante.

Phlegmon diffus ou cellulite.

b) Inflammation limitée.

Abcès par corps étrangers pointus.

Adéno-phlegmon.

Parotidite, Maxillite ou Thyroïdite suppurées.

3° Inflammations chroniques.

Tuberculose (fistule, pus bacillaire, tuberculation positive).

Plaie fistuleuse par corps étranger.

Adénite chronique secondaire (lésion fermée).

III. — AFFECTIONS ORGANIQUES.

Pas de signes inflammatoires. Evolution longue.

1° La tuméfaction est liquide.

a) Tuméfaction chaude, réductible, pulsatile, sur le trajet de la carotide, sang pur à la ponction.

Anévrisme.

b) Tuméfaction froide non réductible, sous-cutanée.

Kystes congénitaux (grenouillette ou kyste branchial).

Kystes de la glande thyroïde.

2° La tuméfaction est solide.

a) Au niveau du larynx.

Adénopathie cancéreuse.
Epithélioma branchial.
Cancer du Larynx.
Ostéo-épithéliome thyroïdien.

b) Au niveau des glandes thyroïdes.

Goîtres simples (charnu et fibreux).

Goîtres toxiques (maladie de Basedow et Adémone toxique).

Cancers thyroïdiens et parathyroïdiens.

Sarcome. Epithéliome. Ostéo-épithéliome.

Vu : *Le Directeur*
de l'Ecole Vétérinaire de Lyon,
D^r V. BALL

Le Professeur
de l'Ecole Vétérinaire,
D^r DOUVILLE.

Vu : *Le Doyen,*
JEAN LEPINE

Le Président de la Thèse,
D^r VILLARD.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 6 Février 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTOINE et HUYNEN. — Importance de l'examen des ganglions lymphatiques en médecine canine et féline. (*Annales de Médecine Vétérinaire de Bruxelles*, 1921, p. 241.)
- ANTOINE et LIÉGEAIS. — Sur quelques accidents pathologiques de la région de la gorge chez le chien. (*Annales de Médecine Vétérinaire de Bruxelles*, 1925.)
- AUGER. — Tuberculose ganglionnaire généralisée chez un chien. (*Journal de Médecine Vétérinaire et de Zootechnie*, 1908, p. 716.)
- BALL. — Goitre d'une glandule thyroïde accessoire chez un chien. (*Journal de Médecine Vétérinaire et de Zootechnie*, 1902, p. 651.)
- *Traité d'Anatomie pathologique générale.*
- BALL et RIGOLLOT. — Les goitres toxiques. (*Revue Vétérinaire*, avril 1931.)
- BESSON. — *Thèse*, 1930 : Les étapes logiques successives de l'établissement du diagnostic en médecine vétérinaire.
- BOURDET. — Sarcome ossifiant du cou, généralisation intrathoracique. (*Revue de Lyon*, 1891, p. 17.)
- BOURNAY. — Anévrysme artério-veineux du cou. (*Revue Vétérinaire de Toulouse*, octobre 1899.)
- CADÉAC. — *Pathologie Interne et Pathologie Chirurgicale.*
- CADIOT. — Tuberculoses externes du chien. (*Etudes de Pathologie et de Clinique*, 1899, p. 415.)
- Corps étrangers de l'œsophage. (*Ibid*, p. 402.)

- Sarcome primitif du corps thyroïde chez le chien. (*Bulletin de la Société Centrale de Médecine Vétérinaire*, p. 170.)
- CADIOT, LESBOURYES et RIÈS. — *Pathologie médicale des animaux domestiques*.
- CADIOT et ALMY. — *Traité de Pathologie chirurgicale*.
- CARNOT. — *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, tome XX. Maladies des glandes salivaires et du pancréas.
- CHATELAIN. — Du goitre chez les animaux domestiques. (*Revue de Lyon*, 1909, p. 326.)
- CHENIER. — Nouveau traitement de la grenouillette. (*Revue de Pathologie comparée*, 1919, p. 16.)
- CUILLÉ et SENDRAIL. — Goitre cancéreux, généralisation aux poumons. (*Revue Vétérinaire de Toulouse*, 1898, p. 590).
- DESSART. — Angine phlegmoneuse du chien. (*Annales de Médecine Vétérinaire*, 1868, p. 592.)
- DOUVILLE. — Corps étrangers de l'œsophage. (*Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1912, p. 484.)
- Cours de Pathologie chirurgicale, 1931-32.
- DOUVILLE et GERMAIN. — Cancer généralisé du corps thyroïde chez le chien. (*Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1909, p. 293.)
- DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN. — *Manuel de diagnostic chirurgical*, 1904.
- FORGUE. — *Précis de Pathologie externe*, tome II.
- LE DENTU et DELBET. — *Nouveau Traité de Chirurgie*, tomes XX et XXI.
- LENORMANT. — *Précis de Pathologie chirurgicale*, 1928, tome III. Maladies chirurgicales du cou.
- LIÉNAUX. — Deux cas de goitres aberrants chez le chien. (*Annales de Bruxelles*, juillet 1895.)
- LINDSAY. — Un cas de goitre malin chez le chien. (*Annales de Bruxelles*, 1910.)
- MAJA. — Epithélioma branchial chez le chien. (*Revue de Lyon*, 1910, p. 487.)

- MALBRANT. — Des formes cliniques et du diagnostic de la tuberculose canine. (*Thèse*, 1926.)
- MARIE. — Contribution à l'étude anatomo-chirurgicale de la région laryngée chez le chien. (*Thèse*, 1932.)
- MONTBET. — Un cas de grenouillette. (*Revue Générale de Médecine Vétérinaire*, 1912, p. 76.)
- MOTTET. — Contribution à l'étude de la chirurgie canine de la région cervico-faciale. (*Thèse*, 1928.)
- PETIT. — Cancer épithélial d'origine branchiale chez le chien. (*Recueil de Médecine Vétérinaire*, décembre 1902.)
- Ostéo-épithéliome du corps thyroïde chez un chien. (*Bulletin de la Société Centrale de Médecine Vétérinaire*, 1907, p. 587.)
 - Du cancer d'origine branchiale chez le chien. (*Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1902, p. 673.)
 - Des anévrysmes. (*Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1905, p. 273.)
- PETIT et GERMAIN. — Phlegmon périœsophagien, pseudo-tumoral. (*Bulletin de la Société Centrale de Médecine Vétérinaire*, 1911, p. 407.)
- Sur la pathogénie du goitre. (*Bulletin de la Société Centrale*, 1909, p. 381.)
- UDRISKY. — La grenouillette sublinguale et sus-hyoïdienne chez le chien. (*Arhiva Veterinara*, 1912, p. 167.)
- VALDE. — L'utilité des biopsie. (*Recueil d'Alfort*, 1932, p. 657.)
- WIART. — De la grenouillette chez le chien. (*Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1870.)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
PREMIÈRE PARTIE. — <i>Anatomie topographique schématique de la région de la gorge</i>	11
Plan superficiel	12
Plan moyen	13
Plan profond	16
Armature centrale	17
DEUXIÈME PARTIE. — <i>Séméiologie de la région de la gorge</i>	23
A. Renseignements généraux, commémoratifs	24
B. Symptômes	28
C. Méthodes de diagnostic au service de la clinique	40
TROISIÈME PARTIE	49
Processus du diagnostic.....	49
L'Hématome	51
Les Inflammations	51
Les Affections organiques.....	51

OBSERVATIONS CLINIQUES	59
OBSERVATIONS PERSONNELLES	67
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	79

